

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-1922. — N° 86

DU

PLACENTA PRAEVIA CENTRAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Février 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André GUEUGNON

Né à Chalon-sur-Saône, le 29 décembre 1894

Médaillé militaire

Interne à la Maison Départementale d'Albigny.



TREVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1922

DU PLACENTA PRAEVIA CENTRAL

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-1922. — N° 86

DU

PLACENTA PRAEVIA CENTRAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Février 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André GUEUGNON

Né à Chalon-sur-Saône, le 29 décembre 1894

Médaillé militaire

Interne à la Maison Départementale d'Albigny.



TRÉVOUX
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ.
Doyen.....	MM. J. LEPINE.
Assesseur.....	ROQUE.

Professeurs hono raires

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

Professeurs

Cliniques médicales.....	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....		COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....		LANNOIS.
Chimie biologique.....		ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.....		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle medicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et histologie.....		MOREAU.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		LATARJET.
Pathologie et thérapeutique générales.....		POLICARD.
Anatomie pathologique		DOYON.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		VILLARD.
Thérapeutique		ARLOING (F.).
Pharmacologie.....		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (P.).
		PIC.
		FLORENCE (A.).

Professeurs titulaires sans chaire

Chargé d'un cours de	Pathologie externe.....	VALLAS.
—	Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
—	Chimie minérale.....	BARRAL.
—	Urologie	GAYET.

Chargés de cours complémentaires

Anatomie topographique.....	PATEL.
Botanique.....	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THEVENOT (Léon).	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT.	MURARD.
TAVERNIER.	PIERY.	FLORENCE (G.)	BONNET.
CADE.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMMANDEUR, *Président*; LERICHE, *Assesseur*;
MM. COTTE et TRILLAT, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR
Professeur de Clinique Obstétricale.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR PLAUCHU
Accoucheur des Hôpitaux.

AVANT-PROPOS

Au moment de passer notre thèse inaugurale, au moment même de quitter notre vie d'étudiant pour aborder la pratique journalière, il nous reste un devoir bien doux à remplir : celui de rendre un public hommage à tous ceux qui nous ont aidé à mener à bien nos études médicales.

Nous dédions donc ces pages à ceux auxquels nous devons tout et qui nous ont fait ce que nous sommes, à notre Mère, à notre Père, à ceux qui furent les tout premiers maîtres de notre enfance, les conseillers dévoués de notre jeunesse.

Comment pourrions-nous taire les sacrifices que se sont imposés nos parents ? Quelle dette immense et lourde avons-nous contracté envers eux, depuis notre premier souffle ! Ce modeste travail n'a pas la prétention de nous en libérer en rien. Qu'il ait celle, du moins, de les remercier tous deux du bel exemple que nous a donné chaque heure de leur vie de travail, de droiture et de simplicité, ainsi que des sacrifices consentis pour nous et chaque jour renouvelés.

Nous souhaitons avec ferveur que l'avenir nous four-

nisse l'occasion de leur prouver notre infinie reconnaissance et de nous dévouer à eux, comme ils se sont dévoués à nous.

* * *

Nous tenons également à exprimer notre reconnaissance à ceux qui nous ont guidé dans nos études médicales, à tous les maîtres qui nous ont dirigé, encouragé et prodigué le précieux appui de leur science et de leur expérience.

Que Monsieur le Professeur Commandeur qui, dans sa haute bienveillance, nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer ici l'expression de nos sincères remerciements et l'assurance de notre respectueux dévouement.

Monsieur le Docteur Plauchu, Accoucheur des Hôpitaux, en nous ouvrant largement les portes de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, a permis à notre jeune expérience de se familiariser avec l'art des accouchements. Il a bien voulu nous confier le sujet de ce travail, dont il a suivi pas à pas les progrès, nous prodiguant sans compter les conseils les plus éclairés, avec la plus amicale bienveillance ; nous lui en témoignons notre respectueuse gratitude.

Que Monsieur le Docteur Ch. Daujat, Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon, et Monsieur le Docteur Rondet, Médecins à la Maison Départementale d'Albigny, nous laissent leur adresser notre respectueuse sympathie pour le grand intérêt qu'ils nous ont toujours témoigné. Ils ont été pour nous des maîtres et ils resteront nos amis.

INTRODUCTION

Pendant le séjour que nous avons fait à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, nous avons observé un cas de placenta praevia central, qui a passé tout à fait inaperçu pendant la grossesse : il ne s'est traduit, dès le début du travail, que par des hémorragies peu abondantes et il a été traité, avec succès pour la mère, par la version de Braxton-Hicks.

A cette occasion, M. le D^r Plauchu nous a rapporté les différents cas de cette variété d'insertion vicieuse qu'il avait eus à traiter. Il a attiré notre attention sur les différentes modalités cliniques du placenta praevia central, sur la gravité du pronostic, tant maternel que fœtal, de cette affection, heureusement très rare, sur l'utilité enfin que pourrait avoir son diagnostic précoce, qui permettrait souvent d'instituer un traitement chirurgical ; il nous a rappelé qu'il avait eu l'occasion, en 1914, dans un cas d'insertion vicieuse totale, de pratiquer une opéra-

tion césarienne avec succès pour la mère et l'enfant.

Inspiré par M. le D^r Plauchu, nous avons eu alors l'idée de rechercher tous les cas de placenta praevia central, publiés dans ces dernières années, pour étudier leurs différentes variétés anatomiques et cliniques, ainsi que le résultat des divers traitements obstétricaux qui leur ont été appliqués. — Enfin, nous nous sommes demandé ce qu'il fallait penser de l'opération césarienne comme moyen de traitement de cette variété la plus grave d'insertion vicieuse.

CHAPITRE PREMIER

Généralités. Existence du placenta praevia central.
Sa définition.

L'insertion normale du placenta a été et est encore très discutée. On admet aujourd'hui qu'elle n'est pas unique dans tous les cas : exceptionnelle sur le fond, contrairement à ce que l'on pensait autrefois ; elle a lieu sur les faces postérieure ou antérieure de l'utérus.

Robert Barnes divise la surface interne de l'utérus en trois zones, par deux plans perpendiculaires à son axe, qui le coupent suivant deux cercles (cercle polaire supérieur et cercle polaire inférieur). Le cercle polaire supérieur est fictif, non démontré anatomiquement ; l'inférieur est appelé de noms très différents : anneau de Bandl, anneau de contraction de Schröder, cercle utérin de Baudelocque, etc...

Dans la zone supérieure, au-dessus du cercle polaire supérieur, l'insertion placentaire est sans danger; dans la zone médiane, entre les deux cercles polaires, elle ne s'accompagne encore d'aucun accident, mais le travail serait lent et des hémorragies post-partum à craindre. Enfin, dans la zone inférieure, limitée en haut par le cercle polaire inférieur, l'insertion est dangereuse et les hémorragies fréquentes.

L'insertion sera vicieuse, toutes les fois que le placenta siègera sur cette zone inférieure, encore appelée segment inférieur, toutes les fois que le placenta se trouvera fixé au-dessous de l'anneau de Bandl. Ce terme d'insertion vicieuse doit être conservé et préféré à celui de placenta praevia; le placenta, dans la majorité des cas, n'étant pas étymologiquement praevia, c'est-à-dire au devant de l'enfant.

De plus, le placenta inséré sur le segment inférieur n'a pas à ce niveau une place déterminée toujours fixe. Aussi a-t-on coutume classiquement d'en décrire quatre variétés (variété latérale, variété marginale, variété centrale partielle, variété centrale complète).

Au congrès de la Société allemande de gynécologie de 1897, Hofmeier s'exprime de la façon suivante : « Avant d'entamer une discussion utile sur l'importance et le traitement du placenta praevia, il s'agit de se mettre d'accord sur la définition de ce terme. Elle n'est, en effet, pas très simple, en ce sens qu'elle est différente suivant qu'on l'envisage

au point de vue anatomique ou au point de vue clinique. Dans le premier cas, il s'agit de placenta praevia lorsque le placenta recouvre l'orifice interne du col dès la grossesse. Quant au sens clinique du mot, il s'applique à tous les différents états dans lesquels le placenta s'est développé en totalité ou en partie dans le voisinage du segment inférieur, lorsqu'il s'est détaché sur une plus ou moins grande étendue, au cours ou sous l'influence de l'accouchement et qu'il donne lieu à des hémorragies plus ou moins abondantes. Je crois que, pour ma part, si nous voulons nous placer à un point de vue anatomique exact, nous ne devons accepter, sous la dénomination de placenta praevia, que les cas où le col étant fermé, une partie plus ou moins grande du placenta recouvre l'orifice interne. J'appellerai donc placenta praevia cet état particulier dans lequel, le col étant fermé, il existe au-dessus de lui du tissu placentaire en plus ou moins grande étendue. Suivant les dimensions de cette portion placentaire, on se trouvera en présence soit d'un placenta praevia partialis, soit d'un placenta praevia totalis ou centralis. »

Cette conception, du placenta praevia central n'est pas exacte, car elle fait rentrer dans cette variété beaucoup de cas qui, en réalité, lorsque la dilatation sera complète, ne serait plus que des placentas praevia centro-partiels ou même marginaux. Aussi a-t-on adopté la définition de Demelin.

Pour cet auteur, l'insertion centrale complète, « c'est l'insertion dans laquelle les cotylédons pla-

centaires recouvrent entièrement l'orifice utérin complètement dilaté ou suffisamment dilatable pour que l'utérus puisse être évacué. »

L'existence de cette variété a soulevé de brûlantes controverses. En 1889, Pinard s'exprimait ainsi : « J'ai toujours pu, en procédant lentement et avec délicatesse, rencontrer un point où le doigt pouvait passer entre l'œuf et la paroi utérine sans rien décoller et arriver ainsi jusqu'aux membranes. Je n'ai pas encore rencontré d'insertion centrale.... »

« Dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, on peut arriver avec un doigt introduit dans la cavité cervicale jusque sur les membranes. Il faut agir de même dans les cas où l'on n'est appelé que lorsque une portion considérable du placenta étant déjà décollée, la région du segment inférieur qui lui donnait attache s'est rétractée et laisse à découvert une large surface cotylédonnaire. L'accoucheur qui pratique alors le toucher croit avoir affaire à une insertion centrale. Si le toucher avait été fait avant le décollement placentaire, le doigt n'aurait d'abord rencontré que des membranes. Il est facile de comprendre que l'expression d'insertion centrale répond à une erreur d'interprétation. »

Ahlfeld revient, en 1897, sur l'existence de cette variété centrale : « Une autre question qui se pose est de savoir s'il existe un véritable placenta dont les villosités choriales entourent complètement l'orifice interne, en formant corps avec la caduque vraie. Je crois que personne ne l'a encore vu et Pinard, avec sa haute autorité, nous affirme qu'il ne l'a

jamais observé dans sa très grande pratique. Par contre, de nombreux compte-rendus d'autopsie relatent que l'insertion placentaire est visible sur tout le pourtour de l'orifice interne; jusqu'à ces dernières années, j'envisageais ces dernières preuves comme convaincantes, mais depuis lors j'ai observé, en examinant la cavité utérine des femmes accouchées depuis neuf à onze jours, que, dans les cas de siège un peu bas du placenta, la presque totalité de la muqueuse utérine était recouverte des mêmes granulations et cette constatation a encore ébranlé ma conviction dans l'existence d'un véritable placenta praevia central. »

Ahlfeld semble donc penser comme Pinard. De nos jours, tous les accoucheurs, à la suite du mémoire de Demelin à la Société Obstétricale de France (1893), sont d'accord pour admettre l'existence de cette variété centrale.

Demelin a montré, dans cette communication, que le placenta praevia central total était possible : au niveau de l'orifice interne de l'utérus, la muqueuse est boursouflée ; elle présente des bourgeonnements hypertrophiques et par suite la greffe de l'œuf à ce niveau est facilement explicable.

De plus, « la variété complète de l'insertion vicieuse, encore appelée insertion totale, centrale, centre pour centre est rare en clinique, si rare que des Maîtres dirigeant de grandes Maternités ne l'ont jamais rencontrée... Sans remonter aux temps éloignés de nous, il est facile de trouver des observations. Quarante cas ont été rassemblés parmi nous. (Demelin). »

Il existe des preuves irréfutables d'existence du placenta praevia central : dans les quarante cas publiés par Demelin, huit ont été suivis d'autopsies, au cours desquelles cet auteur reconnut l'aire d'insertion placentaire sur le col, débordant tout autour l'orifice utérin.

Une autre preuve aussi nette est fournie par l'examen de l'arrière-faix, lorsque, éventualité très rare d'ailleurs, l'accouchement s'est fait spontanément (Observations de Doni et de Brindeau), ou lorsque la dilatation étant complète, on se décide à faire une extraction rapide de l'enfant. Nous rapportons une observation (Observation II), communiquée à la Société d'Obstétrique de Lyon par M. le Dr Plauchu : à dilatation complète, pour extraire l'enfant, il fallut pratiquer une brèche dans le placenta ; la délivrance faite, à l'examen du délivre, on remarqua une déchirure linéaire occupant le centre du placenta par où a passé la tête de l'enfant, au moment de l'extraction.

Enfin, depuis quelques années, l'opération césarienne a été utilisée comme moyen de traitement du placenta praevia central. Au cours de cette intervention, une fois le fœtus sorti, on peut vérifier les rapports réciproques du placenta et de la face interne de l'utérus (Observation VI). On voit alors le placenta qui forme un infundibulum tapissant régulièrement et en totalité tout le segment inférieur, oblitérant complètement la zone cervico-segmentaire.

Le placenta praevia central est donc possible et il existe.

Notre but n'est pas de faire l'étude complète de

cette variété la plus rare et la plus grave d'insertion vicieuse. Aussi laisserons-nous complètement de côté son étiologie et sa pathogénie, deux chapitres, où ne pourraient trouver place que des hypothèses, des discussions, d'ailleurs communes aux autres variétés de placenta praevia, et qui donneraient à notre travail un développement que nous n'avons pas cherché.

Nous voulons seulement étudier sa fréquence, ses caractères anatomiques, son évolution clinique, son pronostic, son diagnostic et son traitement, tant obstétrical que chirurgical.

CHAPITRE II

Sa fréquence.

Bien que Müller ait soutenu que le placenta praevia central soit plus fréquent que les placentas latéraux et marginaux, tous les auteurs admettent actuellement que la variété centre pour centre est la plus rare de toutes.

Sa fréquence est très variable avec les auteurs : elle est nulle pour Pinard (thèse de M^{lle} Bertha Dylion), ce que l'on comprendra facilement puisqu'il n'admet pas cette variété.

Demelin, dans son Mémoire, dit l'avoir rencontré deux fois sur trente placenta praevia (soit 6,6 %). Tarnier et Budin, dans leur Traité d'Accouchement, disent qu'on le trouve deux à cinq fois sur trente insertions vicieuses.

Bourretère a recueilli, dans les *Archives de la*

Maternité de l'Hôpital St-Antoine, de 1897 à 1906, neuf cas de placenta praevia central sur quatre-vingt-onze cas d'insertion vicieuse, dans lesquels, au toucher, le doigt atteignait directement la surface placentaire (soit 10 %).

Le même auteur fournit la statistique de la *Maternité de Copenhague* : pendant les années 1902 et 1903, le professeur Meyer vit trente-huit cas de placenta praevia et dix d'insertion totale (soit 26,3 %).

Deflandre, étudiant les cas de placenta praevia hémorragique à la *Clinique Obstétricale de Lille*, cite un cas d'insertion centre pour centre pour dix cas de placenta praevia (soit 10 %).

Montibert, rapportant les cas d'insertion vicieuse observés à la *Clinique Obstétricale de Lyon*, de 1905 à 1917, trouve huit cas de placenta praevia central complet pour trente-cinq cas de placenta praevia (soit 20,2 %).

Plus récemment, Coirint, dans son étude sur le placenta praevia à la *Maternité de Strasbourg*, rapporte cinquante et un cas d'insertion totale sur deux cent trente-cinq cas d'insertion vicieuse (soit 21,7 %).

On voit donc que la fréquence du placenta praevia central est très variable avec les auteurs ; cela est dû, vraisemblablement, à la façon différente dont ils départagent les cas d'insertion vicieuse, les uns retenant le placenta praevia anatomique, les autres ne faisant état que des cas où il entraîne des accidents.

De notre côté, nous avons recherché dans les observations mises à notre disposition par M. le Dr

Plauchu, tous les cas de placenta praevia, qui sont traduits cliniquement par des accidents, dont le plus fréquent est l'hémorragie. Tant dans les observations de la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse (1903-1920), que dans celles de la Maternité de l'Hôtel-Dieu (1920-1921), nous avons recueilli cinquante-quatre cas de placenta praevia et six observations d'insertion centre pour centre, soit une proportion de 11,1 % de placenta praevia central.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Le placenta praevia central présente quelques particularités anatomiques, dues à son insertion, qui permettent de le distinguer des autres variétés.

Si on examine le placenta après l'accouchement, ses caractères sont modifiés : on le voit, en effet, vide de sang, laminé pour ainsi dire par les parties fœtales. C'est pourquoi il est préférable de s'en rapporter aux renseignements que l'on peut recueillir en pratiquant la délivrance artificielle au cours d'une opération césarienne.

En exécutant cette intervention, on est frappé tout d'abord par les adhérences résistantes qui unissent le placenta à la paroi utérine. Cette adhérence est généralisée, sauf au niveau de l'orifice interne du col où il existe le plus souvent une zone où les

villosités sont atrophiées, dont l'étendue est plus ou moins grande, suivant le nombre et l'importance des hémorragies qu'a eues la parturiente.

Une fois extrait, lorsqu'on cherche à reconstituer la disposition que présentaient les enveloppes de l'œuf in-utéro, on voit que le placenta a une forme générale bien particulière, que l'on a comparée soit à la coupe d'un œuf, soit plus exactement à la cupule d'un gland de chêne, dont le fruit lui-même serait représenté par le sac amnio-chorial.

Quant à son aspect général, il est très variable : tantôt il est peu épais, assez étalé, recouvrant tout le canal cervico-segmentaire, comme s'il devait racher en surface ce qu'il perd en profondeur ; tantôt, et c'est là la forme la plus habituelle, caractéristique du placenta praevia central, il est presque circulaire, peu aplati, moins épais en son centre que sur les bords.

Si on examine le placenta de plus près, on remarque des zones d'aspect différent : ici, au niveau de l'orifice interne et sur une partie plus ou moins étendue autour de cet orifice, les cotylédons sont très minces, comme atrophiés ; là, ils sont normaux ; dans d'autres endroits, par îlots, ils sont atrophiés, réduits à l'état de papules ou même disparus, laissant voir les membranes par transparence ; de place en place également, on trouve des infarctus plus ou moins anciens. Enfin, les bords du gâteau placentaire sont irréguliers, par suite des villosités mal développées existant à ce niveau.

Il est fréquent de rencontrer une insertion vicieuse

du cordon : le plus souvent, ce dernier s'insère en bordure du placenta ; quelquefois même, il s'attache sur les membranes.

Enfin, du côté du segment inférieur, le placenta forme une sorte de doublure qui empêche à la présentation de descendre. Par suite, ce segment inférieur n'est pas constitué ; il tend à avoir des dimensions de beaucoup inférieures à la normale. D'autre part, le développement des villosités placentaires dans le tissu segmentaire fait que ce dernier est très vascularisé ; comme également cette région est peu musculaire, elle sera bien plus friable que normalement. Si, de plus, nous nous rappelons ce que nous avons dit plus haut au sujet de l'adhérence du placenta, nous comprendrons le gros danger constitué par la déchirure du segment inférieur.

CHAPITRE IV

Etude clinique.

L'insertion basse du placenta est caractérisée pendant la grossesse et l'accouchement par un ensemble de symptômes qui ne trompent pas le clinicien et dont le principal est l'hémorragie. Ceci est vrai également du placenta praevia central.

Nous avons recherché dans la littérature médicale de ces trente dernières années, tous les cas d'insertion vicieuse complète qui ont été publiés. Nous en avons réuni cinquante observations que nous avons analysées ; quelques particularités symptomatiques ont retenu notre attention. Ce sont ces petits signes, donnant une allure clinique particulière à l'insertion centrale, que nous allons essayer de mettre en relief, persuadé qu'ils peuvent fréquemment permettre un

diagnostic précoce de cette variété si grave d'insertion vicieuse.

Influence du placenta praevia central sur la grossesse. — Pendant les deux premiers mois, le placenta praevia central reste silencieux. Quelquefois cependant, il peut occasionner une fausse-couche ; peut-être est-ce là le résultat de sa présence près du col, qui déterminerait des contractions utérines.

Le nombre d'observations d'avortement provoqué par l'insertion centrale est très restreint, puisque nous n'en avons recueilli qu'une seule sur cinquante et cet avortement eut lieu au cinquième mois.

Le placenta praevia central devient de plus en plus dangereux à mesure que l'on s'approche du sixième et surtout du septième mois. A partir de cette époque, nous savons que son décollement provoque l'hémorragie ; mais il détermine aussi des contractions intempestives qui ne s'arrêtent guère, peuvent aboutir à l'accouchement prématuré, à six mois dans quatre cas, à sept mois dans onze cas, à huit mois dans douze cas. Onze fois cependant, la grossesse a évolué jusqu'au terme.

I. SYMPTÔMES PENDANT LA GROSSESSE. — *L'hémorragie* constitue le symptôme capital de l'insertion centrale. Elle est constante : dans les cinquante observations que nous avons recueillies, elle ne fait pas défaut une seule fois et presque toujours, c'est elle qui motive l'entrée de la malade à l'hôpital.

Le plus souvent, on est en présence d'une multipare, enceinte de six mois environ, avec un passé

endométritique plus ou moins chargé qui vient consulter parce qu'elle perd en rouge. Lorsqu'on l'interroge, la malade raconte en général qu'elle a eu plusieurs hémorragies sans cause apparente, sans douleur et sans prodromes. On pense immédiatement et à juste titre à un *placenta praevia*.

S'il s'agit d'un *placenta praevia* central, les hémorragies auront toujours ces mêmes caractères : elles s'installeront sans cause apparente, sans douleur et sans prodromes. Mais en plus, elles seront le plus souvent légères et continues. Dans l'observation VI, l'hémorragie survient pour la première fois chez une femme au septième mois de la grossesse ; elle est peu abondante, s'arrête spontanément ; puis cinq jours après, elle s'installe légère, mais continue, avec un caillot de temps à autre. Ces pertes rouges durent tout le septième mois ; à partir du huitième mois, elles deviennent plus abondantes, plus continues et persistent jusqu'à l'accouchement. La particularité de ce symptôme fait tout de suite penser à une insertion centrale qui est confirmée, autant que faire se peut, par le toucher.

Cette allure spéciale des hémorragies avait été signalée, en 1882, par Pilat, qui rapporte la même année deux cas de *placenta praevia* central : dans l'une des observations, les pertes sanglantes étaient apparues dès le début du septième mois pour continuer jusqu'au travail qui se déclancha à terme ; dans l'autre, l'hémorragie débuta au sixième mois, devint de plus en plus abondante et dura jusqu'au travail qui survint dans le courant du septième mois.

En 1895, Brindeau cite le cas d'une femme chez laquelle les hémorragies furent remarquables par leur longueur : elles s'installèrent le quatrième mois, continuèrent pendant les cinquième, sixième, septième mois jusqu'à l'accouchement spontané d'un enfant vivant qui eut lieu vers la fin du septième mois.

Etudiant nos observations, nous avons retrouvé ce caractère des hémorragies dans vingt observations sur cinquante, soit dans 40 % des cas. Bien que nous ayons relevé fréquemment cette allure particulière des pertes, aucun auteur n'a attiré l'attention sur ce fait et ne l'a retenu comme un des signes caractéristiques du placenta praevia central. Il nous semble cependant que c'est là un des symptômes sur lequel il faut insister et qui a lui seul doit faire penser à l'insertion vicieuse totale ; souvent ce symptôme joint à ceux fournis par le toucher permettra de faire le diagnostic.

Hémorragies spontanées, indolores, petites mais répétées, tels sont donc les caractères particuliers des pertes, en relation avec une insertion centrale du placenta pendant la grossesse.

Dans les autres cas, elles peuvent avoir des allures tout à fait différentes, sur lesquelles on ne peut pas se baser pour faire le diagnostic de la variété d'insertion. Dans 8 % des observations, la grossesse évolue sans incident jusqu'au terme et ce n'est qu'à l'occasion du travail que survient une abondante hémorragie. D'autres fois, une seule hémorragie se produit pendant l'évolution de la grossesse, aux sixième,

septième ou huitième mois, amenant un accouchement prématuré : nous avons retrouvé ces caractères dans 20 % des cas. Enfin, dans le reste des observations, c'est-à-dire dans 32 %, les pertes sanglantes apparaissent à une période plus ou moins avancée de la gestation, avec une abondance et une fréquence très variables, finissant par provoquer le travail à une date plus au moins rapprochée du terme.

Si l'hémorragie est le symptôme fondamental de tout placenta praevia central, il existe cependant d'autres signes, conséquence de son insertion. Dans cette variété, en effet, le placenta peut être considéré comme une tumeur intra-utérine basse, véritable tumeur praevia, en rapport avec l'orifice interne et le col, qui va pouvoir *troubler profondément les lois de l'accommodation* : le gâteau placentaire forme une sorte de doublure à la paroi utérine, dont il augmente l'épaisseur. Il diminue d'autant la capacité de la partie inférieure de la cavité utérine. En somme, le placenta praevia central crée, pour ainsi dire, un rétrécissement mou du détroit supérieur qui agit au point de vue de l'accommodation du fœtus de la même façon qu'un rétrécissement osseux.

Un signe important est donc constitué par le *défait d'accommodation* ; au palper, on constate que la partie fœtale qui se présente, le sommet par exemple, à peine amorcé, s'applique mal sur l'aire du détroit supérieur. Si on cherche à faire engager la présentation, la main sent que la partie fœtale est arrêtée par un obstacle qui offre une résistance particulière, non comparable avec une résistance osseuse.

De plus, on observe fréquemment des *présentations vicieuses* : comme il s'agit souvent de multipares, le fœtus n'est pas soutenu par les muscles abdominaux et n'a aucune tendance à s'engager ; à cette première cause, vient s'ajouter la dystocie due à la masse placentaire qui ne permet pas à une présentation longitudinale de descendre dans l'excavation. Par suite, le sommet quitte l'aire du détroit supérieur pour fuir vers l'une des fosses iliaques, d'où présentation secondaire de l'épaule. Dans les observations que nous avons analysées, nous relevons 67 % de présentations du sommet, 18 % de siège et 15 % d'épaule.

Au toucher, on reconnaît un col élevé, ayant conservé toute sa longueur, entr'ouvert cependant chez la multipare et au travers duquel on sent une masse molle, spongieuse, constituée par les cotylédons placentaires.

Le segment inférieur n'est pas constitué, par suite de l'adhérence du placenta à ce segment. « Le placenta noue les fibres du segment inférieur et les empêche de se disposer et de s'amincir (Fochier) ».

Enfin, toute la zone utérine explorable par le vagin est épaissie par le gâteau placentaire, qui forme un véritable matelas. Ce matelas, interposé entre la présentation et le doigt, empêche à ce dernier de percevoir la partie fœtale : il ouate en quelque sorte les sensations.

Cette absence presque totale de constitution du segment inférieur, avec un col élevé, long, l'empêchement perçu dans tous les culs-de-sac vaginaux se

retrouvent également dans les variétés marginales et surtout centro-partielles d'insertion vicieuse. Mais alors que dans ces dernières, ces signes ne se rencontrent que dans une zone limitée correspondant au point d'insertion du placenta sur le col, pour le cas d'insertion centrale au contraire, on les retrouve dans toute la zone explorable ; on peut donc les considérer comme des symptômes caractéristiques du placenta praevia centre pour centre.

En résumé, chez une femme enceinte de six mois et plus, des hémorragies peu abondantes, mais remarquables par leur continuité, peuvent faire songer à un placenta praevia central ; si le toucher montre un segment inférieur non ou mal constitué, ainsi qu'un matelas au-devant de la présentation, il y aura de grandes probabilités pour que l'on soit en présence d'une insertion vicieuse totale. Enfin, si à travers le col perméable, on peut introduire un doigt et sentir les cotylédons placentaires, on pourra faire le diagnostic à peu près certain de la variété la plus grave de placenta praevia. Ce diagnostic une fois posé, il faudra soumettre la malade à une surveillance constante et se tenir prêt à intervenir.

2) SYMPTOMES PENDANT LE TRAVAIL. — MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT. — Malgré les hémorragies, la grossesse arrive assez fréquemment à terme (22 %) ; plus souvent cependant, elle est interrompue dans le courant des trois derniers mois ; exceptionnellement, elle peut se prolonger au-delà du terme (observation II). Préaturé ou à terme, l'accouchement présente diverses difficultés.

Tout d'abord, il peut être entravé dans ses phénomènes du début, dans ses phénomènes physiologiques.

Les *contractions utérines* sont souvent faibles, insuffisantes, irrégulières ; cette insuffisance peut aller jusqu'à l'inertie utérine. Ces défauts tiennent sans doute aux hémorragies antérieures qui ont affaibli l'organisme de la femme, mais la cause en est aussi en ce que le réflexe utérin est peu marqué : la partie fœtale reste élevée et appuie mal sur le col, la présence du placenta l'empêchant de descendre.

Un autre symptôme se joint fréquemment à l'irrégularité des contractions utérines : les *douleurs de rein*. Ce sont des douleurs qui, pendant les contractions, s'irradient dans les régions lombaires et sacrées ; elles sont très pénibles. Leur cause principale résulte de ce que la tête fœtale s'applique mal sur le segment inférieur.

Enfin, un phénomène très commun dans les autres variétés d'insertion et extrêmement rare dans le placenta praevia central, c'est la *rupture prématurée des membranes* : nous ne l'avons rencontrée que dans une observation (Obs. II). Il s'ensuit un écoulement de liquide amniotique plus ou moins abondant. Cela peut être un évènement heureux, surtout s'il s'agit d'une présentation longitudinale. En ce cas, le pôle fœtal arrondi appuie sur le placenta en le comprimant un peu. L'enfant peut évidemment en souffrir, mais le danger maternel est écarté pour un temps.

De ce qui précède, on peut déduire ce que doit être

la *dilatation du col*. Les contractions utérines sont faibles, insuffisantes ; la pression exercée sur les bords de l'orifice par la présentation est presque nulle. La dilatation se fait donc lentement et mal, à cause du placenta qui gêne la constitution du segment inférieur. Cependant, comme il s'agit souvent de multipares, comme les tissus cervicaux sont assez ramollis, vu la plus grande vascularisation de la zone cervico-segmentaire, l'orifice devient dilatable.

Cette dilatation du col ne va généralement pas sans hémorragie. Les pertes sanglantes du travail ont les mêmes caractères que celles de la grossesse ; elles sont constituées par du sang rouge, liquide, qui peut s'écouler en grande abondance. Leur marche est très variable : tantôt elles s'arrêtent spontanément pour reprendre avec un nouveau décollement placentaire, anémiant très rapidement la malade et elles continuent jusqu'à ce que l'on intervienne. Tantôt, elles disparaissent, la présentation jouant le rôle de tampon, et ne reparaissent qu'après l'expulsion. Tantôt, mais c'est là une éventualité tout-à-fait exceptionnelle, survenant le plus souvent lorsque le fœtus est mort in utero depuis un certain temps, la dilatation se complète sans hémorragie notable.

Au toucher, on trouve un col plus ou moins diminué de longueur, ramolli, peu dilaté. Une fois l'orifice interne franchi, on arrive sur une masse irrégulière, mollasse, spongieuse, constituée par les cotylédons placentaires ; mais, nulle part on atteint les membranes. Il faut d'ailleurs être le plus sobre possible de toucher, car il provoque facilement d'abondantes hémorragies.

La dilatation étant complète, il se peut qu'objectivement la variété d'insertion change : si le placenta se décolle sur un côté, si le col se dilate plus rapidement de ce côté que de l'autre, l'extrémité placentaire devenue libre, pourra pendre dans le vagin et on croira avoir affaire à un placenta marginal.

3) TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT. — Dans les cas les plus heureux, exceptionnels d'ailleurs, la présentation, la tête fréquemment, qui jusqu'alors était mobile, va appuyer sur le placenta. Celui-ci change de forme, se creuse en utricule dont les parois s'appliquent sur le pôle fœtal. « La présentation se coiffe du placenta (Demelin) ». Il se produit un véritable phénomène plastique d'adaptation du placenta à l'orifice utérin ; celui-la remplace la poche des eaux et le col se dilate. A ce moment, le placenta peut se déchirer spontanément au niveau d'un sillon cotylédonnaire (Obs. de Doni) et l'accouchement se termine par les seules forces de la nature. D'autres fois, au cours d'un toucher, on trouve un col complètement dilaté ou dilatable ; le gâteau placentaire occupe toute l'aire de dilatation, on fait une brèche en son travers pour extraire rapidement l'enfant (Obs. de Trillat). A ce sujet, nous rapportons une observation de M. le Dr Plauchu (Obs. II) dont il a d'ailleurs donné communication à la Société d'Obstétrique de Lyon, le 3 décembre 1920 : il s'agit d'une primipare ayant dépassé le terme d'une semaine au moins ; après une grossesse bien supportée et quelques petites hémorragies dans le courant du huitième mois, la parturiente fait les eaux le 28 août ; jusqu'au 5 sep-

tembre, les contractions utérines sont irrégulières, le col cependant s'efface sans hémorragie aucune et le 5 septembre au soir, le surmenage obstétrical devenant inquiétant, on extrait l'enfant au forceps. De cette observation, deux faits importants, très rares sont à retenir : d'une part la durée prolongée de la grossesse, d'autre part la longueur du travail (huit jours), sans que la femme ait perdu notablement.

Enfin, dans des cas exceptionnels, le placenta entièrement décollé est entraîné au-devant de la présentation et est expulsé avant l'enfant : c'est le « *filiius ante patrem* » des anciens accoucheurs (Obs. de Laurentie).

Dans tous les autres cas, et ils sont de beaucoup les plus fréquents, l'accouchement n'est pas laissé aux seules forces de la nature. La malade entre en travail, l'hémorragie augmente, devient continue ou intermittente ; à chaque nouvelle contraction, le décollement placentaire s'accroît. Progressivement l'état général s'aggrave ; la parturiente devient pâle, éprouve un certain malaise général, se plaint de douleurs dans les reins ; quelquefois on observe une grande agitation, des mouvements variés et multiples, une soif d'air telle que la malade supplie qu'on ouvre les fenêtres. Le pouls est petit, fréquent ; très souvent, il y a du subdélire. Ces symptômes s'accroissant rapidement, la pâleur de la face augmente, les muqueuses deviennent bleuâtres, le pouls incomptable ; la vie s'échappe avec le sang. Que le traitement ne soit pas institué tout de suite, la terminaison fatale est inévitable : elle survient soit par

syncope, soit par asphyxie au cours de l'anémie aiguë.

4) DÉLIVRANCE. — Nous avons vu, en étudiant la marche de l'accouchement, que le placenta complètement décollé pouvait être expulsé avant le fœtus. Dans ce cas, l'hémorragie ne se reproduit pas en général après la sortie de l'enfant et on se trouve en présence d'une accouchée ayant une rétention complète des membranes.

Mais le plus souvent, soit à la suite des manœuvres que l'on aura faites pour terminer l'accouchement, soit après l'accouchement spontané, l'enfant laisse le placenta derrière lui. La longueur du travail, l'intervention ont fatigué l'utérus ; le placenta est largement décollé ; de plus, il est inséré dans une portion de l'utérus où la contractilité est presque éteinte et il ne faut pas compter sur elle pour oblitérer les sinus. L'hémorragie alors force la main et commande la délivrance artificielle immédiate. Au cours de celle-ci, on repère très nettement le lieu d'insertion placentaire et, ce qui frappe fréquemment, c'est que toute la zone d'insertion sur le segment inférieur est en état d'inertie, tandis que le reste de l'utérus est contracté.

Enfin, plus rarement, le fœtus a été expulsé ; l'hémorragie ne se reproduit pas. Très rapidement, aux premières nouvelles contractions, l'arrière-faix est expulsé ; après son décollement, il sort en se présentant par son bord ou par sa face maternelle, conditions très défavorables pour le décollement des membranes.

5) SUITES DE COUCHES. — L'accouchement terminé, la mère est le plus fréquemment en un état d'anémie aiguë, qui n'est pas toujours en relation avec la quantité de sang perdu. La malade est en même temps en puissance d'infection ; son organisme appauvri se défend mal et d'autre part les nombreuses manœuvres que l'on a eues à pratiquer pour mettre en œuvre le traitement obstétrical ont pu être des agents d'inoculation ; de plus, la plaie placentaire tout autour du col peut s'infecter plus facilement.

Enfin la femme est menacée d'hémorragies *post-partum* que l'on attribue d'ordinaire à l'asthénie du segment inférieur ; alors qu'on trouve le globe de sûreté, constitué par l'utérus contracté, on perçoit, au toucher, la zone d'insertion placentaire complètement relâchée, inerte. Cette flaccidité n'a rien de surprenant si l'on réfléchit que le segment inférieur, après l'expulsion du délivre, est parfois réduit à l'épaisseur d'une feuille de papier.

Une autre cause des hémorragies *post-partum*, assez fréquente également, est constituée par la déchirure du col, propagée ou non au segment inférieur. Ces déchirures font suite, pour la plupart, à des accouchements spontanés ou à des extractions même ménagères, selon la méthode de Braxton-Hicks par exemple.

6) CONVALESCENCE. — La convalescence est quelquefois très longue, les infections, la fréquence des phlébites, la débilité qui frappe la mère permettent de dire que le placenta *prævia central* porte ses

mauvais effets, au-delà de l'accouchement, au-delà de la délivrance, jusque dans les suites de couches.

Telles sont la symptomatologie et l'évolution du placenta praevia central. Nous avons essayé d'en tracer un tableau clinique complet qui, dans son ensemble, n'est pas très différent de celui des autres variétés : les accidents y sont en effet les mêmes, mais, dans l'insertion centre pour centre, dont nous nous occupons spécialement, ils sont plus fréquents et plus graves. Nous nous sommes efforcé, au cours de cette étude, de mettre en relief quelques signes particuliers qui peuvent peut-être permettre de faire un diagnostic de bonne heure. Nous verrons en étudiant les pronostics maternel et fœtal combien ils sont sombres et nous comprendrons facilement quelle pourrait être l'utilité de la recherche de ces symptômes, car à l'heure actuelle, un diagnostic précoce permettrait la mise en œuvre du traitement chirurgical et nous pourrions alors, non seulement sauver la mère, mais encore avoir un enfant vivant, lorsque la grossesse sera au voisinage du terme et cela sans que les risques maternels ne soient augmentés.

CHAPITRE V

Pronostic.

En étudiant l'évolution clinique du placenta praevia central, nous avons vu combien sont nombreux les accidents graves qu'il détermine. Aussi le pronostic de l'insertion centrale du placenta, envisagé d'une façon générale, est excessivement sérieux pour la mère, très mauvais pour l'enfant. Les Classiques considèrent, à juste titre, cette variété comme la variété la plus grave du placenta praevia.

Pronostic maternel. — Müller admet qu'il est deux fois plus grave que pour le placenta praevia marginal. Demelin donne comme mortalité maternelle : 35,8 %.

Si nous nous reportons aux observations que nous avons réunies nous trouvons sur cinquante cas :

50 mères : 37 vivantes, soit 74 % ; 6 suites de couches pathologiques, 31 suites de couches normales.

13 mortes : soit 26 % ; 3 par infection, 3 par péritonite consécutive à une Césarienne, 6 par anémie.

Cette statistique est moins mauvaise que celle qu'a publiée Demelin en 1893 et il nous semble que cette diminution de la mortalité est due à deux causes : aux progrès de l'asepsie en Obstétrique d'une part, à la plus grande perspicacité des médecins praticiens et des sages-femmes d'autre part, qui font hospitaliser rapidement toute femme enceinte qui saigne pendant le dernier trimestre de la grossesse.

Si nous ne considérons maintenant que la statistique d'un seul opérateur, il nous apparaît que celle-ci, par le fait même qu'elle est personnelle, a un poids plus considérable. Nous voyons, au cours des observations que nous rapportons, que, l'opérateur restant le même, les grandes lignes du traitement ont pu varier, mais que le pronostic maternel est cependant resté excellent, puisque sur les six cas d'insertion totale que nous avons relevés, dans les observations de M. le Dr Plauchu, tant à la Maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse qu'à celle de l'Hôtel-Dieu, nous n'avons eu aucune mort de mère à déplorer.

Quels sont les facteurs de cette mortalité maternelle, si élevée encore ? En première ligne, il faut mettre l'*anémie aiguë* (6 fois sur 13 morts) ; de tout temps, l'hémorragie due au placenta praevia a été très redoutée et Dubois disait : « Si quelque chose pouvait me faire renoncer à la pratique des accouchements, ce serait la crainte que m'inspirent les hémorragies par insertion vicieuse du placenta. » — Depuis, le pronostic est resté aussi fâcheux et on

peut rapporter à la seule hémorragie la cause de la moitié des morts de mère succombant à un placenta praevia central.

En seconde ligne, vient l'*infection* : c'est un danger d'autant plus grand que, en présence d'une insertion vicieuse totale, il faut recourir à des manœuvres qui favorisent l'infection des voies génitales ; d'autre part, la plaie placentaire au niveau du col est bien proche de la région vulvaire, dont la flore microbienne est toujours assez développée. Enfin le terrain est également favorable : il s'agit le plus souvent de femmes qui ont saigné plus ou moins abondamment et qui, par suite, se trouvent en état de moindre résistance manifeste.

Une autre cause également fréquente de la mort de la mère est la déchirure du segment inférieur extrêmement fragile dans l'insertion centrale qui tue par hémorragie le plus souvent, par infection quelquefois.

Telles sont donc les causes principales de la gravité du pronostic maternel. D'autres auteurs font entrer en ligne de compte : le nombre de grossesses antérieures, la nature de la présentation. D'après nos recherches, ce sont là des facteurs peu importants : nous avons relevé cinq cas de primipares avec une seule mort contre dix cas de grandes multipares (VIII-XIII pares) avec six morts. Au point de vue de la présentation, les faits sont aussi peu probants (cinq présentations de l'épaule avec une seule mort de mère ; six sièges avec deux morts ; vingt-sept sommets avec cinq morts). De ces faits, il nous est impossible de conclure.

Nous pouvons donc terminer en disant que le pronostic maternel est encore très grave à l'heure actuelle, que les deux causes essentielles de la mort sont l'infection puerpérale et surtout l'anémie aiguë consécutive à l'hémorragie.

Pronostic fœtal. — Quant à l'enfant, il court encore beaucoup plus de risques que la mère. Pour Demelin, la mortalité fœtale est de 80 %. Dans les cinquante observations que nous avons recueillies, trente-huit enfants sont morts pendant le travail; deux, l'un de sept mois, l'autre de six mois et demi, bien que viables, sont morts quelques heures après leur naissance; ce qui représente également pour nous une mortalité de 80 %.

A quoi est due la mort de l'enfant ? Tout semble s'accumuler contre lui. Nous avons vu qu'il a bien des chances de naître prématurément : ce sera donc souvent un débile. Souvent, à la suite des hémorragies répétées, il est mort avant tout début de travail.

Même à terme, il est chétif, la circulation utéro-placentaire ayant été insuffisante; d'autre part, toutes les difficultés de l'accouchement se repercutent sur lui : la lenteur du travail, les troubles de l'accommodation l'atteignent directement. La présentation du sommet est même dangereuse pour lui, car elle peut être une cause de mort in-utéro, par compression du placenta et du cordon : d'où asphyxie partielle et souffrance ou asphyxie complète et mort.

Enfin, très fréquemment, on le sacrifie pour sauver la mère.

CHAPITRE VI

Diagnostic clinique.

Diagnostiquer un placenta praevia est chose facile en général. « Pour Madame Lachapelle, toute perte de sang, se produisant à partir du sixième mois chez une femme enceinte, est révélateur d'une insertion vicieuse du placenta. Cette proposition, quoique par trop absolue, doit être tenue pour vraie dans la majorité des cas (Tarnier et Budin) ».

Quand on aura reconnu que le sang n'est pas du liquide d'hydro-hématorrhée, qu'il sort bien du col (on pourrait avoir à faire à des varices du vagin ou à des ulcérations saignantes du col), on pourra faire le diagnostic d'insertion vicieuse du placenta. La tâche n'est pas terminée et il faut se demander de quelle variété il s'agit.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic positif; nous nous sommes longuement étendu sur les symp-

tômes du placenta praevia central et avons retenu l'attention sur ceux qui se rencontrent le plus fréquemment dans cette variété : rappelons seulement qu'il faut rechercher le caractère des hémorragies d'une part, l'état du segment inférieur et les autres signes fournis par le toucher d'autre part.

Au moment du travail, le diagnostic de placenta praevia central est assez facile. On est appelé, au début des douleurs, auprès d'une femme qui perd plus ou moins abondamment. L'histoire de la malade fait immédiatement penser à une insertion vicieuse. On pratique alors un toucher : on trouve un col plus ou moins rigide, un segment inférieur mal constitué et on perçoit mal la présentation. Franchissant le col, on arrive sur une masse molle et spongieuse. Peut-on alors affirmer qu'il s'agit bien d'un placenta inséré centre pour centre ?

Si le col est peu dilaté, on atteint un cotylédon placentaire. L'insertion complète n'est pas certaine : il ne peut s'agir, en effet, que d'un cotylédon latéral qui, avec les progrès de la dilatation, se retirera de plus en plus de l'orifice et on n'aura affaire, en réalité, qu'à une variété centro-partielle ou même marginale. Pour pouvoir affirmer la variété centrale, il faudra soit attendre la dilatation complète, si l'hémorragie n'est pas inquiétante, soit décoller la masse placentaire pour essayer d'arriver sur les membranes, ce qui se fera avec un renouvellement ou un redoublement de l'hémorragie ; aussi devra-t-on s'abstenir de cette manœuvre, à moins que l'hémorragie ne force la main et ne nécessite une interven-

tion d'urgence : dans ces conditions, s'il s'agit d'un placenta praevia inséré centre pour centre, les membranes ne pourront pas être atteintes, sauf dans quelques cas où on les trouvera, en général, à bout de doigts derrière la symphyse.

Si la dilatation est complète et si, dans toute l'aire dilatée, on perçoit une masse mollassse, anfractueuse, assez friable, est-on en droit de conclure à un placenta praevia central ? On peut confondre au toucher du tissu placentaire, avec un fibrome ulcéré, un papillome : ces tumeurs, qui se présentent sous la forme de choux-fleurs, naissent de l'une ou l'autre lèvre du col ; elles acquièrent parfois un volume considérable ; elles produisent souvent des hémorragies et, comme le tissu spongieux qui les constitue offre quelque analogie avec le tissu placentaire, elles peuvent faire croire à l'insertion du placenta sur le col. Dans ces cas, on ne trouve pas tous les autres signes de placenta praevia : état du segment inférieur, défaut d'accommodation de la présentation.

Il y a enfin d'autres causes d'erreur que nous nous contenterons de signaler pour être complet, car il s'agit là de faits encore beaucoup plus rares que le placenta praevia central :

Budin a rapporté un cas où le placenta était arrivé sur le col, se trouvait au devant de la présentation : ce n'était, en réalité, comme l'autopsie l'a confirmé, qu'un décollement complet du placenta normalement inséré qui, pendant le travail, avait glissé pour venir obturer le col et faire croire à un placenta praevia centre pour centre.

Barnes a cité des cas d'œufs avec persistance du placenta partout.

Enfin, le placenta peut être anormalement constitué, présenter plusieurs lobes distincts et l'un de ces lobes se trouve en regard de l'orifice interne du col.

Ce sont là autant de situations tout à fait exceptionnelles, auxquelles on ne pensera jamais et dont le diagnostic est impossible. Aussi peut-on dire qu'en pratique, à dilatation complète, le placenta praevia central ne se confond avec rien autre et que son diagnostic s'impose.

En étudiant le pronostic de cette variété d'insertion placentaire, nous avons vu combien il est sombre ; en étudiant son traitement, nous verrons que, vu la gravité des moyens obstétricaux à notre disposition, il est, à l'heure actuelle, un traitement, le traitement chirurgical, par lequel on peut espérer diminuer la mortalité, mais à la condition de faire le diagnostic de bonne heure. Aussi, à la fin de cette étude diagnostique, nous devons nous demander s'il n'y a pas un moyen de reconnaître, avant tout accident et d'une façon certaine, le placenta praevia central.

Disons de suite que ce diagnostic précoce est le plus souvent impossible : nous n'avons à notre disposition aucun symptôme qui nous permette de pouvoir affirmer l'insertion totale pendant la grossesse.

En étudiant les signes de cette variété, nous nous sommes longuement étendu sur le caractère des hémorragies : il est certain que c'est là, lorsqu'il existe, un symptôme de tout premier ordre, mais

nous avons vu qu'il n'est pas constant, puisque nous l'avons retrouvé que dans 40 % des observations. D'autre part, c'est également un signe que l'on pourra retrouver, beaucoup plus rarement il est vrai, dans les autres variétés d'insertion vicieuse.

Quant à l'état du col et du segment inférieur, au matelas qui ouate les sensations, ce sont là autant de symptômes variables, non pathognomoniques, que l'on peut retrouver, moins nets sans doute, dans les insertions centro-partielles et très marginales du placenta.

Devant la réunion de tous ces signes, nous pourrions être convaincus que l'on a affaire à un placenta praevia central, mais nous ne pourrions pas l'affirmer. Le diagnostic précoce en est donc à peu près impossible et, comme nous le verrons au sujet de l'opération césarienne, c'est là une des raisons pour lesquelles le traitement chirurgical du placenta praevia central ne pourra pas être fréquemment institué.

CHAPITRE VII

Traitement obstétrical.

Le traitement obstétrical du placenta praevia central ne diffère pas de celui du placenta praevia en général. Il doit, de même, avoir un double but : arrêter l'hémorragie et vider l'utérus de son contenu, c'est-à-dire sauver la mère, en tarissant la source toujours ouverte qui la menace dans son existence, et sauver si possible l'enfant en activant le travail.

Cependant, dans le cas particulier d'insertion vicieuse centrale, la présence du gâteau placentaire sur le col constitue un gros danger et rend plus difficiles les manœuvres obstétricales.

Le diagnostic de placenta praevia central posé, dans l'intérêt même de la parturiente, il faut la faire admettre immédiatement dans une Maternité, car elle doit être soumise à une surveillance de tous les

instants. L'accoucheur sera prêt à intervenir dès que surviendront les accidents.

Quant au traitement obstétrical lui-même, c'est, dans ses grandes lignes, celui de tout placenta praevia. Aussi nous contenterons-nous de le signaler brièvement, en insistant seulement sur les difficultés dues à l'insertion centre pour centre du placenta.

Pendant la grossesse. — Si les hémorragies sont peu abondantes, on se contentera du repos absolu au lit et des injections vaginales chaudes, à 45°-48°. Ces moyens d'attente permettront de prolonger la grossesse et surtout de se préparer à mettre en œuvre les moyens définitifs.

Si, par contre, la malade perd beaucoup, avant tout début de travail, la situation est assez critique : on ne peut pas faire la rupture hémostatique des membranes, comme dans l'insertion vicieuse courante, car celles-ci ne sont plus accessibles et, pour les atteindre, il faudra décoller une large zone placentaire, ce serait alors exagérer l'hémorragie. D'autre part, ce décollement n'est pas possible, vu l'état du col.

Il faut donc renoncer, pendant la grossesse, à la méthode de Puzos-Pinard. De l'avis de presque tous les accoucheurs, il est imprudent d'avoir recours au tamponnement, selon la vieille méthode de Leroux, qui peut, dans ces circonstances, avoir le mérite d'arrêter l'hémorragie et d'activer le travail. Le plus souvent, grâce à ce tamponnement, laissé en place un temps plus ou moins long, le col se dilatera légèrement, le travail se déclanchera et nous

retombons alors dans le cas suivant. C'est seulement un moyen d'attente.

Pendant le Travail. — Dans la majorité des cas, on se trouve en présence d'une femme au début du travail. La malade saigne abondamment ; il faut intervenir rapidement. Quelle conduite tenir alors ? Tout dépendra de l'état du col.

1) COL NON DILATÉ. — Si l'hémorragie est inquiétante par son abondance, si le col rigide ne permet pas l'introduction d'un doigt, il faut, à tout prix, arrêter le sang. Nous avons alors à notre disposition la méthode de Leroux : c'est le moyen d'attente pour permettre de transporter la malade et d'opérer ensuite dans des conditions favorables.

2) COL ADMETTANT 1 A 2 DOIGTS. — C'est là le fait le plus courant. Fréquemment, en effet, au début du travail, on trouve un col mou, perméable, par suite de l'insertion centrale du placenta. Il admet deux doigts ou se laisse facilement dilater pour les admettre.

Dans ce cas, nous avons à notre disposition le ballon de Champetier de Ribes. Nous placerons, avec les doigts, le ballon entre le col et le placenta, en décollant au besoin une légère surface placentaire. C'est là un excellent procédé : c'est un moyen d'hémostase en même temps qu'un moyen de dilatation.

C'est le seul moyen à employer, la version de Braxton-Hicks n'étant guère exécutable ; il est en effet impossible, à travers un orifice utérin aussi petit, de pénétrer dans la cavité ovulaire pour aller chercher un pied et l'abaisser.

3) COL SUFFISAMMENT DILATÉ. — Le ballon une fois expulsé, la dilatation sera à une paume de main environ.

A ce moment, on peut faire la version de Braxton-Hicks si le col ne permet pas encore l'extraction immédiate.

La version de Braxton-Hicks semble être le procédé de choix : nous avons affaire fréquemment à une multipare, aux tissus souples, aux organes génitaux complaisants, avec un fœtus petit, le plus souvent non engagé et une poche des eaux intacte : toutes conditions favorables à cette manœuvre.

Comment pénétrer alors dans la cavité ovulaire ? Deux éventualités sont possibles : ou décoller le placenta et percer les membranes que l'on trouve à bout de doigt ou alors perforer le placenta en son centre.

Ces deux méthodes ont leurs partisans et leurs détracteurs ; l'une et l'autre ont leurs avantages et leurs inconvénients.

Il semble toutefois que le décollement préalable et la rupture consécutive des membranes (Méthode de Mauriceau) soient plus faciles et d'un usage plus courant. C'est à la partie antérieure que la zone placentaire est le moins étendue, en général ; c'est donc vers ce côté, en arrière de la symphyse, qu'il est préférable de pousser le décollement. Certes, ces manipulations vont faire perdre à la malade une certaine quantité de sang, mais la perte cessera dès que la version sera terminée. En somme, on aura tout simplement transformé un placenta praevia central en un latéral.

On peut, au contraire, perforer d'emblée le placenta pour pénétrer dans la cavité ovulaire (Méthode de Deventer). Cette manière paraît facile à priori. A l'aide des doigts, on s'est frayé une brèche à travers les cotylédons, cela bien entendu avec un redoublement de l'hémorragie qui, neuf fois sur dix, tue l'enfant. On croit être dans l'œuf et pourtant aucun écoulement de liquide amniotique n'a lieu. Pourquoi ? parce que l'amnios décollé de la surface placentaire fuit devant le doigt qui veut l'atteindre. Il est bon pour éviter ce désagrément de fixer auparavant l'amnios, de le percer ensuite où encore d'augmenter la pression intra-ovulaire, en appuyant sur l'abdomen avec la main restée libre. On a également conseillé de repérer l'insertion du cordon sur le placenta, endroit où l'amnios est uni plus intimement aux couches sous-jacentes.

Quelques rares auteurs perforent seulement le placenta et ne trouvent pas l'amnios : Nijhoff rapporte un cas de placenta praevia central, où il ne put trouver l'amnios, qui se décolla seulement de la face fœtale du placenta. Par cet orifice, il fut poussé par la tension du liquide amniotique, forma une poche vaginale qui fit tampon et assura l'hémostase. Cette méthode serait, pour l'auteur, supérieure à la rupture des membranes.

Quoi qu'il en soit de la méthode employée, l'œuf ouvert, la version s'effectue.

L'hémorragie cesse dès que le membre inférieur a franchi le col et que le « tampon vivant » est appliqué sur la surface saignante. Dès lors, rien ne

presse. La vie de l'enfant seule serait une indication de terminaison rapide, mais nous savons qu'il est déjà fort compromis : outre l'accouchement prématuré qui est fréquent, les hémorragies successives l'ont péniblement affecté ; sa résistance est presque nulle, ses chances de survie très aléatoires. A vouloir extraire l'enfant dès la version, on courrait le risque de faire éclater le canal cervico-segmentaire. La présence de la cuisse et du bassin de l'enfant va singulièrement favoriser les contractions ; la dilatation se complètera petit à petit et le fœtus sera expulsé spontanément ou extrait à dilatation complète.

La deuxième méthode que l'accoucheur a à sa disposition, c'est le ballon de Champetier de Ribes, que l'on appliquera entre le placenta et le segment inférieur, plutôt qu'au-dessus du placenta, après avoir perforé ce dernier. Dès la mise en place du ballon, l'hémorragie s'arrêtera, sinon il suffira de faire quelques tractions sur ce dernier. Les contractions augmenteront d'intensité et rapidement le ballon sera expulsé laissant après lui un col dilatable et l'on pourra terminer rapidement l'accouchement par une version le plus souvent, par un forceps quelquefois.

De ces deux méthodes, le ballon de Champetier ne réalise assez souvent qu'une hémostase insuffisante ; de plus, il nécessite un outillage spécial, difficile à manier et à désinfecter. Enfin et surtout son principal inconvénient est de ne pas suffire à lui-même, car le plus souvent, il contraint l'accoucheur à user de manœuvres secondaires, pouvant

affaiblir la femme, en suscitant de nouvelles hémorragies : il prépare le traitement, mais n'est pas le traitement.

Il semble, par contre, que le Braxton-Hicks soit plus recommandable : il réalise à lui seul le tamponnement, la dilatation artificielle du col. C'est un agent d'hémostase excellent par la forme même du tampon ; enfin c'est le plus aseptique des tampons.

Nos observations nous permettent en ce qui concerne le ballon de Champetier de Ribes (10 cas) d'admettre une mortalité maternelle de 30 % et une mortalité fœtale de 100 %. Le Braxton-Hicks a été employé 14 fois et la mortalité maternelle ne s'est élevée qu'à 21,4 % pour une mortalité fœtale de 100 %. Ces résultats nous conduisent à donner la version de Braxton-Hicks comme le traitement de choix du placenta praevia central, lorsque le col est suffisamment dilaté pour pouvoir la faire.

4) COL A DILATATION COMPLÈTE OU DILATABLE. — C'est là évidemment le cas le plus favorable, mais de beaucoup le plus rare. Le plus souvent, en effet, dès le début de la dilatation, alors que le col admet un doigt, l'hémorragie force la main et oblige à intervenir.

Si l'orifice utérin est dilaté, si l'hémorragie est nulle, si enfin la présentation est engagée, on peut voir l'accouchement se terminer spontanément. Ce sont là des situations extrêmement heureuses, malheureusement exceptionnelles et nous n'en avons retrouvé que 2 cas, absolument favorables pour la mère et pour l'enfant.

Le plus souvent on est en présence d'une parturiente dont le col est à dilatation complète ou facilement complétable. Au toucher, on sent le placenta formant une véritable poche ou au contraire pendant par l'un de ses bords décollés dans le vagin. Que doit-on faire ? Il faut terminer le plus rapidement possible l'accouchement et pour cela on a recours, de préférence, à la version podalique.

S'il s'agit d'une présentation du sommet encore mobile, d'un siège ou d'une épaule, on pratique la version par manœuvres internes que l'on complète par l'extraction rapide de l'enfant, si celui-ci est encore vivant.

Si le fœtus se présente par le sommet, si des conditions exceptionnelles le permettent, c'est alors au forceps que l'on aura recours, ou à la basiotripsie, si l'enfant est mort et la dilatation du col difficilement complétable.

Mais qu'il s'agisse d'une version ou d'un forceps, fréquemment le gâteau placentaire coiffera toute la présentation. Faudra-t-il alors décoller le placenta ou le traverser ? Si le bord placentaire est facilement attingible, on rompra les membranes, sinon on passera directement au travers du placenta, ce qui, dans le cas particulier, présente peu d'inconvénients, car on est sûr de pouvoir terminer rapidement l'accouchement.

Nous avons recueilli 10 cas de version podalique, avec 10 mères vivantes et deux enfants vivants, soit une mortalité maternelle nulle et une mortalité fœtale de 80 %. De plus, trois fois, l'ac-

couchement a été terminé par un forceps ou une basiotripsie; avec une mortalité maternelle nulle et une mortalité fœtale de 66,6 %.

Pendant la délivrance. — Le fœtus une fois extrait, il faut pratiquer la délivrance artificielle, sans attendre que l'hémorragie se renouvelle. La femme a, en effet, perdu une quantité importante de sang, pendant les derniers temps de la grossesse et surtout pendant le travail; toute nouvelle spoliation sanguine ne pourrait qu'être funeste à la mère.

La mère, une fois délivrée, l'hémorragie peut encore se reproduire: non seulement la délivrance a été faite dans des conditions défavorables pendant la période d'inertie physiologique, mais encore nous avons vu que l'on ne doit pas compter sur l'action des ligatures vivantes pour oblitérer les sinus utérins ouverts.

Si l'hémorragie se reproduit à ce moment, on essaiera de l'arrêter par le plat de main et des doigts introduits dans l'utérus et comprimant la zone d'insertion placentaire. En même temps, on pourra avoir recours aux autres moyens habituels, cependant tout en se méfiant des injections chaudes qui désagrégeront les caillots oblitérant les sinus utérins.

Enfin, si ces moyens sont inefficaces, on aura recours au dernier moyen qui est le tamponnement intra-utérin à la Dührsen.

Traitement général. — Le traitement général tiendra dans l'esprit de l'accoucheur une large place. Il arrive assez souvent que, par oubli des règles de la plus élémentaire prudence, une heureuse

intervention se termine fatalement par la suite. Pendant le travail, on fera appel au sérum artificiel qui rendra souvent les plus grands services ; on le combinera aux autres moyens en usage dans les cas graves (position de Tredelenburg, ligatures serrées des quatre membres, chaleur, etc...) ; on relèvera la pression artérielle par des injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum, des piqûres d'éther, d'huile camphrée et par l'administration d'alcool par petites quantités à la fois et sous forme de boissons chaudes.

En résumé, nous pouvons dire que le traitement du placenta praevia central doit être institué dès l'apparition des accidents et cela, dans l'intérêt même de la mère, car tout retard lui serait funeste.

La conduite à tenir dépendra avant tout de l'état du col. Si celui-ci est entier, le tamponnement est seul indiqué pour arrêter l'hémorragie d'une part, activer le travail, par suite la dilatation, d'autre part. Si le col n'est perméable qu'à un doigt, on se servira du ballon de Champetier de Ribes, comme agent de dilatation. Si enfin le col est suffisamment dilaté, à une paume de main environ, l'accoucheur aura à sa disposition deux méthodes : le Braxton-Hicks et le ballon de Champetier de Ribes. Nous avons vu que le premier était préférable. Est-ce à dire qu'il doit être appliqué lui seul, sans adjuvant de la méthode sœur et rivale ? Sans doute, en aucune façon. Qu'il nous suffise de reproduire les judicieuses paroles que nous trouvons dans la thèse d'agrégation d'Auvard : « Une méthode est certainement bonne

par elle-même, mais elle le devient surtout par la manière dont elle est appliquée... Mieux vaudrait pour une femme atteinte de placenta praevia, être traitée avec une méthode médiocre par un accoucheur distingué et soigneux, qu'avec une excellente méthode par un mauvais médecin... A un médecin qui ne serait familiarisé qu'avec une bonne méthode, nous dirions volontiers : « Restez-en là et ne vous hasardez pas dans l'inconnu ; à celui seulement qui a fait des études spéciales suffisantes, et qui théoriquement et pratiquement possède bien les différentes méthodes de traitement, il est permis d'être éclectique ».

Enfin si le col est dilaté ou dilatable, il faut terminer rapidement l'accouchement, soit par la version podalique, soit par le forceps et cela selon les indications.

Nous récapitulons, dans le tableau ci-après, les différentes méthodes obstétricales qui ont été employées dans les cas de placenta praevia central que nous avons recueillis. Nous y avons ajouté deux observations, où ce traitement n'a pu être institué, les malades ayant présenté rapidement des signes d'hémorragie interne, qui ont nécessité une laparotomie d'urgence au cours de laquelle elles ont succombé.

Quelle est la valeur du traitement obstétrical du placenta praevia central ? L'étude attentive du tableau récapitulatif nous fournit quelques indications : il nous montre le chiffre élevé de la mortalité maternelle (22,7 %) ; au point de vue fœtal, il nous

confirme ce que nous savons déjà sur la mort presque certaine de l'enfant (86,3 %). Nous voyons enfin que ce traitement, quel qu'il soit, ne respecte aucunement la vie du fœtus ; presque toujours, au moment où il est institué, on se trouve en présence d'un enfant vivant et viable que l'on sacrifie pour sauver la mère.

TABLEAU indiquant la conduite tenue dans les 50 cas de placenta prævia recueillis.

	Mort de la mère	Mort de l'enfant
I. Femmes présentant des signes d'hémorragie interne. Anémie extrême. Laparotomie in extre- mis.		
2 cas.....	2	2
II. Accouchements spontanés.		
2 cas.....	»	»
III. Forceps ou Basiotripsie, le col étant dilatable.		
3 cas.....	»	2
IV. Version podalique, après ou non dilatation manuelle.		
10 cas.....	»	8
V. Version de Braxton-Hicks.		
14 cas.....	3	13
VI. Ballon de Champetier de Ribes.		
10 cas { 2 Expulsions spontanées.	»	2
{ 2 Forceps.....	4	2
{ 6 Versions podaliques ..	2	6
VII. Tamponnement (expulsés avec le placenta.		
3 cas.....	2	3
44 cas.....	10	38

Soit 22,7 % Soit 86,3 %

(Les 6 autres cas ont été traités chirurgicalement).

C'est pourquoi un certain nombre d'auteurs, émus par la gravité des interventions obstétricales dans l'insertion vicieuse complète, par les mauvais résultats que l'on doit en attendre pour la mère et surtout pour l'enfant, se sont demandés s'ils ne pourraient pas avoir recours à un traitement chirurgical, et c'est ce traitement que nous allons maintenant envisager.

CHAPITRE VIII

Opération Césarienne et Placenta Praevia.

Depuis longtemps, les accoucheurs s'étaient rendus compte que, malgré l'amélioration des méthodes, malgré le perfectionnement des techniques, le pronostic du placenta praevia central était resté le même, très sombre pour la mère, presque fatal pour l'enfant. Aussi, dans ces dernières années, son traitement a-t-il pris une orientation nouvelle, sous l'influence surtout des écoles américaines et italiennes. Les auteurs contemporains ont donc cherché ailleurs leur voie et c'est la voie sanglante qu'ils ont étudiée : parmi les interventions proposées, celle que l'on a le plus souvent pratiquée, c'est l'opération césarienne.

A vrai dire, l'opération césarienne, dans le traitement du placenta praevia, n'est pas une nouveauté ;

c'est une vieille intervention : d'après Levret, elle aurait été conseillée par certains médecins avant lui ; mais, pour sa part, il y semble complètement hostile et par la suite, cette indication tomba dans l'oubli.

De nos jours, c'est Lawson Tait qui, le premier, aurait eu l'idée d'appliquer la taille césarienne au placenta praevia (*Britisch Med. Jour.* 1890). Le premier à l'avoir exécutée aurait été Bernay qui en publie une observation en 1894 (*Jour. of the Amer. med. Assoc.*). Il donne dès lors l'impulsion à l'école chirurgicale américaine, qui le suit dans cette voie.

En 1899, L. Tait en publie une nouvelle observation mais, même aux Etats-Unis, ces essais furent rapidement assez mal accueillis. La même année, un auteur italien, Mattoli, pratique une taille pour un placenta praevia central (*Archiv. Ital. di ost. e gin.*). Plus récemment, en 1900, Caruso la recommande dans l'insertion vicieuse totale.

En 1901, à l'occasion d'insertions centrales, H. Ilare rapporte un cas de Césarienne (*Bost. med. and surg.*) et Gillette un cas d'opération de Porro. G. Zincke, la même année, dans un article intitulé : « Is caesarean section justifiable in placenta praevia ? » (*Amer. Jour. of Obst.*) admet la Césarienne dans tous les cas de placenta praevia central, surtout chez les primipares, à col fermé et à hémorragie profuse, non arrêtée par le tamponnement.

Dès l'année suivante, l'*American Gynecological Society* se déclare presque toute entière contre ce traitement chirurgical. Fr. Donoghue, se basant sur la gravité de l'insertion vicieuse et l'inocuité relative

de la Césarienne, étudie les cas où celle-ci est indiquée (*The Jour. of amer. med. assoc.*) et il la donne comme le traitement de choix du placenta praevia central. Pour Beckmann, au contraire, ainsi que pour toute l'Ecole allemande, elle est à rejeter, car elle est incapable de donner une mortalité aussi faible que les autres méthodes pour la mère ; quant à la mortalité fœtale, elle reste encore élevée.

En 1902, également, Guisepe Stradiotti rapporte neuf cas de placenta praevia, traités par l'opération césarienne et, à cette occasion, la conseille comme le traitement de choix de l'insertion complète.

En 1904, Zamboni, au cours d'une grossesse gémellaire, pratique l'opération de Porro dans un cas de placenta praevia central (*Arte Ostetrica*),

En 1904, puis en 1910, la *Chicago Gynecological Society* et la *New-York Obstetrical Society* prennent position contre la Césarienne : la plupart des accoucheurs américains, faisant chorus avec Holmes, disent que « les parrains de l'opération Césarienne dans le placenta praevia central, sont des gens n'entendant rien à l'Obstétrique : tel L. Tait qui, aussitôt après avoir recommandé cette intervention, avouait naïvement qu'en fait, il n'avait, de sa vie, traité un cas normal d'accouchement ».

A part ces quelques applications isolées en Italie, la proposition de L. Tait n'avait pas retenu l'attention en Europe. La question était tombée dans l'oubli, lorsque, en 1909, deux gynécologues allemands, Sellheim et Krönig, la soulevèrent à nouveau.

L'idée de faire une Césarienne pour un placenta praevia fit ressauter la majorité des accoucheurs. Au premier abord, c'est là quelque chose de stupéfiant. Si cependant l'on veut bien réfléchir, il est un certain nombre d'avantages de cette intervention qui peuvent ne pas convaincre de sa nécessité mais qui, par contre, empêchent d'être surpris. Ce sont ces avantages que nous allons exposer.

Voyons d'abord ce que Pankow a appelé les « bases anatomiques du traitement chirurgical du placenta praevia ». Dans l'insertion vicieuse, nous savons que l'œuf se greffe dans la région de l'isthme. « Comme le placenta même adhère à la région de l'isthme, il se produit d'abord un développement plus ou moins considérable des vaisseaux à cet endroit, agrandissement qui manque lorsque le siège du placenta est normal. Mais comme la contractilité de ces régions est relativement faible, cet élargissement des vaisseaux peut devenir funeste à lui seul, parce que la contractilité après l'accouchement ne suffit plus à refermer les vaisseaux ouverts ».

« Mais il y a une autre chose; les vaisseaux ne sont pas seulement élargis. Dans toute la région de l'isthme, la contractilité de leurs parois est aussi fréquemment diminuée par le développement des cellules fœtales dans ces parois. . . »

« En même temps, la musculature est aussi fortement désagrégée et même fréquemment détruite en partie par les accumulations des cellules fœtales et même par l'immigration des villosités. Tous ces facteurs diminuent naturellement d'une façon considé-

nable l'élasticité de cette partie des muqueuses. Il est donc clair que la contractilité de ces régions après la naissance suffit d'autant moins pour arrêter l'écoulement de sang que la paroi aura été d'autant plus distendue pendant l'accouchement à la suite de son élasticité défectueuse. Pour cette raison, il est clair aussi que le traitement qui doit donner les meilleurs résultats est celui qui empêche une distension exagérée de l'isthme et du cervix ».

« Le seul moyen d'éviter complètement l'excès de cette distension, c'est la Césarienne dont la plus sûre est l'opération abdominale ».

Ne peut-on pas de plus comparer certains cas de placenta praevia, plus particulièrement le placenta praevia central, à certains cas de dystocie grave, la dystocie par sclérose cervicale par exemple. Dans ces conditions, vouloir passer à tout prix par les voies naturelles, c'est encourir des risques de déchirures souvent très graves ; de même vouloir, pour extraire un fœtus, passer à travers le placenta, c'est risquer à peu près fatalement une hémorragie très grave ; c'est enfin, risquer une déchirure du segment inférieur.

Supposons même que nous n'ayons que peu d'ennoi du côté du col, celui-ci étant souple, et appliquons le traitement obstétrical. Que de dangers court la malheureuse femme. « Vers le terme ou à terme, écrit R. de Bovis, une femme est prise d'hémorragies qui l'affaiblissent considérablement. Le travail se déclare, les hémorragies reparaissent. Au bout de douze à vingt-quatre heures, la parturiente

est réduite à un tel état d'anémie qu'on se demande avec angoisse comment elle supportera la perte sanguine encore assez considérable qui marquera l'achèvement de la dilatation et a fortiori la délivrance. On a peut-être fait la version, appliqué un ballon, pratiqué un tamponnement, mais le col se dilate si peu que siège fœtal, ballon n'exercent qu'une compression insuffisante et l'hémorragie se renouvelle à tout instant. Bref, la parturiente arrive peu à peu à cette anémie suraiguë qui fait redouter la moindre hémorragie. Semblable crainte n'est pas chimérique. Que de parturientes expirent sur leur lit de misère, la délivrance inachevée, sans avoir présenté d'hémorragie nouvelle notable !... En présence de pareils faits, on est bien en droit de se demander si, en tournant le segment inférieur, en évitant la dilatation et par suite toute nouvelle perte sanguine, on ne court pas la chance de sauver la mère ».

Enfin, dans le traitement du placenta praevia, l'enfant ne joue aucun rôle. Hoffmeier a même écrit : « Il faut avoir le courage de laisser mourir l'enfant ». Ceci est en contradiction avec la conception actuelle de la vie de l'enfant. « L'enfant, à devenir, a dit Fochier, est apparu comme un facteur dont on devait tenir compte et qu'il fallait ménager ». Il faut donc employer la conduite qui permet de sauvegarder la vie d'un plus grand nombre d'enfants, en mettant le moins possible en danger l'existence de la mère.

En résumé, nous pouvons dire que l'opération Césarienne présente de nombreux avantages, qui ont été ainsi résumés par Henrotay, au Congrès d'Obstétrique de 1921 :

1° Suppression du danger si fréquent de déchirure du col, en cas d'extraction trop hâtive après version, à travers un col incomplètement dilaté ou insuffisamment dilatable.

2° Délivrance rapide, mettant fin au danger d'hémorragie et suppression de toute manœuvre exposant à l'infection.

3° Possibilité de tenter le sauvetage des femmes n'ayant plus de sang à perdre à la suite d'hémorragies répétées.

4° Sauvetage en même temps de la vie de l'enfant.

Quels sont maintenant les inconvénients de la Césarienne ? Que peut-on lui reprocher ?

D'abord, on a dit que la Césarienne ne supprimait pas les hémorragies post-partum. Or, c'est là un reproche injustifié : le segment inférieur de l'utérus saigne après la délivrance, soit par suite de déchirures souvent méconnues, soit par dilatation forcée de ce segment, lors du passage de la tête fœtale. La Césarienne, comme l'a montré Pankow, prévient, au contraire, ces deux inconvénients et par suite l'hémorragie.

D'autre part, l'utérus césarisé se trouverait en état de moindre résistance et nécessiterait une surveillance toute particulière, lors d'une autre grossesse. Le placenta praevia n'étant pas une cause de dystocie permanente, il serait absolument inutile d'employer une méthode qui diminue la résistance physiologique de l'utérus. Or, l'amélioration de la technique de la suture utérine a diminué grandement et même supprimé ce danger. « L'opération césarienne,

a écrit Couvelaire, pratiquée dans des conditions techniques convenables compromet l'avenir obstétrical des opérées dans une trop faible mesure pour en restreindre les indications logiques ».

Enfin, d'autres auteurs lui reprochent une mortalité encore élevée des mères : la femme court beaucoup plus de risques qu'avec les traitements ordinaires. La Césarienne faite dans le but d'avoir un enfant vivant, ne donnera souvent qu'un débile, en état de moindre résistance, par suite de la gêne de la circulation utéro-placentaire.

De ces trois séries de faits, une seule est réellement à retenir : c'est évidemment le taux encore élevé de la mortalité maternelle. Nous verrons plus loin ce que nous pensons de cet argument, à l'occasion du traitement chirurgical du placenta praevia central en particulier. Disons cependant, dès maintenant, que si l'on s'en tient aux cas initiaux, vierges de tout traitement antérieur, non infectés par suite, le pronostic de la Césarienne, pour cette cause de dystocie, est susceptible de beaucoup s'améliorer. Aussi doit-on habituer les médecins, les sages-femmes à considérer toute perte de sang, dans les trois derniers mois de la grossesse, comme un signe certain de placenta praevia et à envoyer les femmes rapidement dans une clinique. Le plus souvent alors, la malade sera prise en traitement « pure » et par conséquent elle se prêterà à la Césarienne.

Malgré ses avantages, l'opération césarienne n'a pas rallié tous les suffrages. Lors d'une discussion à la Société d'Obstétrique de Paris, en 1913, Pinard la

rejette totalement ; il affirme qu'il est un manuel opératoire qui permet d'éviter toute hémorragie, c'est l'application du « ballon sauveur », après rupture des membranes ; la vie de l'enfant est moins assurée, mais en face d'une mère exsangue, il considère que la vie de cette dernière doit tout dominer. Lepage persiste également à penser que l'insertion vicieuse ne doit, à elle seule, constituer qu'une indication très rare de la Césarienne. Couvelaire, enfin, prétend que les méthodes obstétricales constituent une arme suffisante, si l'on intervient dès que l'indication clinique d'intervention est posée.

Un grand nombre d'auteurs rejettent donc le traitement chirurgical du placenta praevia ; seuls en effet les auteurs allemands s'y décident facilement. Lorsqu'il s'agit de l'insertion vicieuse totale, une plus grande partie d'accoucheurs envisagent et discutent son traitement chirurgical.

CHAPITRE IX

Le traitement chirurgical du placenta praevia central.

En France, les indications et les contre-indications de l'opération césarienne dans le traitement de l'insertion vicieuse centre pour centre sont très discutées.

Contre-indications absolues. — Il est des cas où, pour tous les auteurs, l'intervention est à rejeter. Si la grossesse n'est pas à terme, si la grossesse étant au voisinage du terme, le col est arrivé à une dilatation suffisante pour permettre la mise en œuvre des différentes méthodes obstétricales, on doit se contenter du traitement ordinaire qui est amplement suffisant.

S'il s'agit maintenant d'une femme, dont l'œuf est ouvert (cas exceptionnel dans cette variété), tous les

auteurs rejettent la Césarienne, car la parturiente est à peu près sûrement infectée.

Indications absolues. — Lorsque le placenta praevia central se complique d'une autre cause de dystocie, d'un rétrécissement pelvien par exemple, la Césarienne trouve là une double indication et constitue par suite le seul traitement à mettre en œuvre.

Cas où la Césarienne est discutable. — Le plus souvent, l'accoucheur se trouve devant la situation suivante : il s'agit d'une femme, au voisinage du terme, qui a eu des hémorragies plus ou moins abondantes, plus ou moins répétées ; au toucher, il trouve un col rigide, un segment inférieur non constitué. Peut-il alors proposer une opération Césarienne à la parturiente ? C'est là où commencent les discussions. Deux cas peuvent se présenter suivant l'état de l'enfant.

A). L'ENFANT EST MORT. — Quelques rares auteurs persistent à proposer la Césarienne. « Dans la plupart des Césariennes pratiquées en cas de rétrécissements pelviens, dit Guéniot dans une discussion à la Société d'Obstétrique de Paris en 1921, c'est dans l'intérêt de l'enfant que l'on pratique la Césarienne et la vie de l'enfant est une condition sine qua non. Dans le placenta praevia central, ce n'est pas seulement pour l'enfant qu'on y a recours, c'est aussi et surtout pour la mère, afin de lui éviter des hémorragies dont elle ne pourrait faire les frais et auxquelles elle risquerait de succomber. Que l'enfant soit encore ou ne soit plus vivant, cela ne change rien et la Césarienne reste indiquée pour la mère, même avec un enfant mort ».

Pour la plupart des accoucheurs, cette indication n'est pas à retenir et il ne faut avoir recours à la Césarienne que si on est sûr que c'est là la conduite la moins dangereuse pour la mère.

B) L'ENFANT EST VIVANT. — Plusieurs éventualités doivent être envisagées.

Si la femme n'est pas vierge de tout traitement, c'est-à-dire si, précédemment, à l'occasion des hémorragies, on lui a fait un tamponnement, ou même si, avant d'entrer dans une clinique, elle a subi plusieurs touchers en ville, la plupart des auteurs rejettent la Césarienne, car ils sont en présence d'une femme infectée, chez laquelle cette intervention amènerait un désastre. Quelques-uns cependant admettent que l'on pourra avoir recours à la Césarienne, suivie d'hystérectomie.

C'est là une conduite que rejettent beaucoup d'accoucheurs ; malgré la gravité du pronostic maternel, ils se contentent des moyens obstétricaux : le placenta praevia central n'étant pas une cause de dystocie permanente, il faut garder l'utérus qui permettra à la femme d'avoir des grossesses ultérieures normales.

Envisageons maintenant le cas où la parturiente n'a pas été infectée par des manœuvres antérieures. Peut-on recourir alors à l'opération Césarienne ? Là encore, les avis sont partagés. Pour beaucoup cependant, ce sont là les conditions nécessaires et suffisantes.

Pour d'autres, au contraire, avec Bar et Brindeau, bien que la femme soit au voisinage du terme, avec

un col rigide, un fœtus vivant, bien qu'elle n'ait pas subi de traitement antérieur infectant, on devra cependant la considérer comme en puissance d'infection, si elle a eu, pendant la fin de sa grossesse, des hémorragies abondantes et répétées. Pour ces auteurs, ces hémorragies sont dues à un décollement important du placenta ; ce décollement détermine un espace mort, en contact avec le vagin, d'où facilité de putréfaction et d'infection des liquides qui séjournent au niveau du segment inférieur.

Brindeau a rapporté récemment deux cas de Césariennes, où ces conditions n'avaient pas été observées ; il eut deux morts de mères, par péritonite, dans les quatre jours qui suivirent l'intervention.

En résumé, pour ces auteurs, la Césarienne ne sera donc indiquée que si les conditions suivantes sont remplies :

- 1° Grossesse au voisinage du terme.
- 2° Col long, inextensible.
- 3° Fœtus vivant.
- 4° Femme non infectée.
- 5° Femme n'ayant pas eu des pertes abondantes et répétées.

Cette dernière condition éliminerait donc d'emblée toutes les femmes qui, ayant eu des hémorragies abondantes et répétées, sont tombées de ce fait dans un état d'anémie aiguë tel qu'elles paraissent devoir succomber à toute nouvelle perte de sang et chez lesquelles, d'autre part, le travail n'est pas tellement avancé et la dilatation du col telle qu'on puisse être à peu près sûr de mettre en œuvre les méthodes obs-

tétricales sans encourir de nouvelles et funestes spoliations sanguines pour la mère.

Si nous nous reportons aux cas rapportés par Brindeau (Obs. XI et XII), nous voyons que non seulement les hémorragies avaient été abondantes et répétées, mais encore que la température était montée à 38°. On peut alors se demander si cette température, indice d'une infection commençante, n'était pas le résultat uniquement d'une contamination antérieure à l'entrée à l'hôpital, due aux touchers faits en ville. Dans ces conditions alors, on pourrait, pour un certain nombre d'accoucheurs, supprimer cette grosse contre-indication de la Césarienne et on pourrait par suite faire bénéficier des bienfaits de cette intervention toute malade atteinte de placenta praevia central, anémiée par de nombreuses et assez abondantes hémorragies.

Nous rapportons, à l'appui de cette thèse, une observation de M. le D^r Plauchu (Obs. VI) ; il s'agit d'une femme présentant un placenta praevia central, ayant eu pendant un mois des hémorragies presque quotidiennes, indice d'un décollement placentaire, chez laquelle on pût faire une Césarienne avec succès pour la mère et l'enfant.

C'est pourquoi, un certain nombre d'auteurs estiment qu'il est possible de faire bénéficier de l'opération césarienne toute femme, présentant un placenta praevia complet à condition que :

- 1° La grossesse soit au voisinage du terme.
- 2° Le col soit long et inextensible.
- 3° Le fœtus soit vivant.

4° La femme ne soit pas infectée.

Enfin, pour ces auteurs, on pourra être plus large dans les indications de cette opération si la mère, avertie des grandes chances de mort de l'enfant par les moyens obstétricaux, insiste pour avoir un enfant vivant.

Nous nous sommes longuement étendu sur l'historique, sur les avantages et les inconvénients, les indications et les contre-indications de la Césarienne. Le problème est bien complexe et, à l'heure actuelle, il serait prématuré de vouloir établir les indications du traitement chirurgical du placenta praevia central. Pour notre part, cependant, il nous semble que nous pouvons conclure ainsi :

Quand on réfléchit aux difficultés, aux aléas, au danger que présente, pour la mère et l'enfant, le traitement obstétrical du placenta praevia central, on ne peut s'empêcher de remarquer que, malgré toute l'habileté professionnelle, malgré toute l'instrumentation employée, on peut aboutir à toute une série d'accidents très graves pour la mère et l'enfant.

Ces dangers et ces accidents sont multipliés par la *primiparité*, parce que le col est toujours difficile à amener plus ou moins rapidement à dilatation complète, parce que son adhérence et celle du segment inférieur à la face interne du placenta produisent toujours, au cours de cette dilatation, des décollements plus ou moins étendus du placenta avec une hémorragie qui en découle fatalement.

De plus, le traitement obstétrical, plus spécialement dans cette forme que dans les autres, s'accompagne lui aussi d'une hémorragie plus ou moins notable.

Aussi l'idée de tourner l'obstacle par l'opération césarienne vient-elle naturellement à l'esprit et paraît être, au premier abord, l'intervention la plus satisfaisante par sa rapidité et par la certitude qu'elle présente de ne pas augmenter l'hémorragie du décollement. Mais si l'opération césarienne paraît très séduisante, il n'est pas toujours facile de la décider, et davantage encore de l'exécuter dans les conditions où se présente d'habitude un placenta praevia central.

Les conditions seraient optima, si l'on pouvait, avec une quasi-certitude, faire le diagnostic d'un placenta praevia central avant le début du travail, si, par l'analyse des symptômes (petites hémorragies répétées, matelas placentaire coiffant le segment inférieur et cachant la présentation), on pouvait affirmer qu'il s'agit bien de la forme centrale du placenta praevia. Dans ces conditions, le diagnostic étant fait, il n'y aurait pas à hésiter et on pratiquerait ainsi l'opération césarienne dans les conditions les meilleures de succès : on agirait sur un œuf aseptique, au moment choisi par l'opérateur, dans une salle d'opérations organisée avec un personnel choisi et surtout on interviendrait avant que la malade ait été mise par des hémorragies importantes dans un état d'anémie plus ou moins sérieux. Dans ces conditions, l'opération césarienne est donc formellement indi-

quée et elle doit donner des résultats bien supérieurs à ceux que donne le traitement obstétrical. En effet, cette intervention respecte au maximum les intérêts de l'enfant ; elle triomphe à peu près sûrement et rapidement de l'hémorragie que peut entraîner le décollement du placenta praevia central.

Certains auteurs ont signalé que le segment inférieur souple, non contractile, très vascularisé par la présence du placenta inséré sur lui, pouvait donner lieu à des hémorragies importantes après décollement du placenta au cours de l'opération césarienne. Il ne semble pas que ce danger soit très à redouter, car on a toujours la ressource, si on constate que le segment inférieur saigne abondamment, après la délivrance au cours de la Césarienne, de placer dans l'utérus une mèche de gaze stérilisée, dont on engage une extrémité dans le col, que l'on tasse dans le segment inférieur et sur laquelle on fermera l'utérus par la suture. La mise en place de cette mèche d'ailleurs a été autrefois préconisée par Bar dans tous les cas d'opération césarienne. Elle sera retirée de l'utérus par le vagin, le lendemain ou le surlendemain, alors que la coagulation vasculaire définitive aura arrêté toute nouvelle hémorragie.

Si l'on envisage maintenant les cas de *multipares*, il est certain que le col est plus souple, très souvent effacé et même légèrement dilaté avant tout début de travail dans les cas de placenta praevia central. Ces conditions particulières permettent d'espérer plus facilement un succès par le traitement obstétrical ; mais néanmoins, si le diagnostic de la forme

centrale est à peu près sûr, l'opération césarienne est encore indiquée dans ces cas-là, parce que, si les moyens obstétricaux ont quelque chance d'être plus facilement applicables, il n'en reste pas moins que l'extrême vascularisation constitue une prédisposition aux déchirures plus ou moins étendues du col et du segment inférieur, que les hémorragies du placenta praevia central chez les multipares sont souvent beaucoup plus abondantes qu'elles ne le sont chez la primipare. Si enfin les conditions sont comme tout à l'heure (diagnostic précoce, installation, personnel choisi), la Césarienne devient l'opération de choix.

Le seul risque que l'on court, c'est l'erreur de diagnostic quant à la variété de l'insertion, et le fait d'avoir pratiqué une Césarienne chez une femme atteinte d'une forme latérale ou marginale dont on aurait facilement triomphé par les autres moyens.

Mais si la Césarienne paraît être l'intervention de choix dans ces deux circonstances, elle devient beaucoup plus difficile à réaliser lorsque le placenta praevia n'a pas attiré l'attention avant le début du travail ou n'a pas été diagnostiqué avec certitude, lorsque la femme a déjà été anémiée par des hémorragies plus ou moins importantes, lorsque des secours d'urgence, en ville par exemple, ont nécessité des explorations ou des moyens de traitement dans de mauvaises conditions d'asepsie et lorsqu'enfin les malades ont dû être transportées plus ou moins loin au seul endroit (à la Maternité) où on peut leur faire une opération césarienne à n'importe quelle heure

du jour ou de la nuit, et souvent en l'absence d'une organisation parfaite.

Bien que, même dans ces cas-là, on puisse encore discuter et parfois exécuter la Césarienne, les conditions d'intervention devront être très judicieusement pesées, car il va sans dire que le résultat de l'opération devient plus aléatoire au point de vue des conditions septiques que dans les cas précédemment envisagés.

Si l'on se trouve en présence d'un col souple, déjà assez largement dilaté, avec une femme n'ayant pas encore perdu beaucoup de sang, c'est de préférence au ballon de Champetier de Ribes ou à la version de Braxton-Hicks, aux moyens obstétricaux en général qu'il vaudra mieux avoir recours.

Mais si la malade, au contraire, a déjà beaucoup saigné, si le col est encore loin d'une dilatation avancée, si l'on a l'impression que les manœuvres obstétricales, qui entraîneront fatalement encore une hémorragie importante, doivent être dangereuses pour la mère, et si l'on peut rapidement et dans des conditions très favorables opérer, là encore l'opération césarienne pourra être de temps en temps d'un grand secours, car, en cas de danger imminent (malade en état d'anémie aiguë), l'opération césarienne pourra permettre d'économiser le peu de sang qui reste, en la faisant suivre au besoin et extemporainement d'une opération de Porro. C'est dans ces cas-là que le sens clinique le plus judicieux sera nécessaire pour apprécier si le traitement obstétrical fera courir moins de risques que l'opération césarienne.

Dans tous les cas, il ne faut pas oublier que l'opération césarienne laissera sur l'utérus une cicatrice créant, pour les grossesses ultérieures, une condition d'infériorité qui fera courir des dangers à la femme et cette seule considération fait qu'il ne faudra pas être trop interventionniste, toutes les fois que l'on aura l'impression que l'on peut arriver à un bon résultat par les méthodes obstétricales.

L'opération césarienne ne doit pas être envisagée comme le traitement habituel de toutes les formes de placenta praevia central, comme on le fait dans certaines écoles, telles les écoles où sur mille accouchements survenant en une année, par exemple, on a fait dix et douze césariennes pour placenta praevia. La variété clinique grave du placenta praevia est infiniment plus rare et c'est tout au plus si l'on aura à discuter l'opération césarienne une ou deux fois sur mille accouchements environ.

Que donne le traitement chirurgical du placenta praevia central ? Nous n'avons pu en recueillir dans notre étude que sept cas, dont un seul fut suivi d'hystérectomie.

Il s'agissait toutes les fois d'enfants vivants et viables. Quant aux conditions qui ont motivé l'intervention, elles furent variables : dans toutes les observations, le col était entier et rigide ; une fois, la parturiente avait été infectée par des tamponnements antérieurs et on fit une hystérectomie ; deux fois les femmes avaient de la température (38°) ; deux fois seulement, elles pouvaient être considérées comme « pures » ; enfin, une seule fois, la Césarienne fut

pratiquée en ville, au domicile de la malade, dans un milieu à peu près sûrement septique.

Quant aux résultats, ils furent les suivants : 3 mères sur 7 moururent de péritonite ; 7 enfants vivants après l'opération, mais un mourut au bout de quelques heures.

De ces faits, il nous est impossible de tirer des conclusions : d'abord le nombre d'observations est trop peu important pour que l'on puisse établir une statistique ayant quelque valeur ; d'autre part, il est un certain nombre de cas rapportés, qui ne relèvent pas du traitement chirurgical, soit par suite des conditions matérielles dans lesquelles il a été fait, soit par suite de l'infection qui est une contre-indication à la Césarienne, conservatrice du moins.

Dans toutes les observations rapportées, la mort de la mère a été causée par l'infection : c'est donc là le gros danger du traitement chirurgical du placenta praevia complet. Nous croyons que, si ce détail était bien connu, et si on évitait toute manœuvre exploratrice ou infectante en envoyant d'urgence tous les cas de placenta praevia dans un service d'hôpital, les résultats de l'opération césarienne seraient infiniment meilleurs. Celle-ci pourrait devenir un traitement de choix et un moyen thérapeutique plus fréquemment et plus utilement employé.

CHAPITRE X

Observations.

Nous avons réuni, avons-nous déjà dit plus haut, cinquante observations de placenta praevia central. Afin de ne pas augmenter démesurément la longueur de cette étude, nous avons jugé inutile de rapporter ces cinquante cas, qu'il sera d'ailleurs facile de retrouver d'après les renseignements de notre index bibliographique.

C'est pourquoi nous ne donnons que les six observations mises à notre disposition par M. le Dr Plauchu ; ce sont celles-ci, dont deux sont inédites, qui ont servi de point de départ et de base à notre travail. D'autre part, la partie originale de notre thèse est constituée par l'étude de l'opération césarienne dans le traitement de l'insertion vicieuse en général, de l'insertion centrale plus particulièrement ; aussi terminons-nous en rapportant les sept cas de placenta

praevia central (dont un appartient à M. le Dr Plauchu) traités par l'opération césarienne, qui représentent à l'heure actuelle les seuls documents publiés dans la littérature médicale française.

OBSERVATION I

(Inédite. Maternité de l'Hôtel-Dieu. Dr Plauchu, 1921).

Placenta praevia central. Version de Braxton-Hicks. Enfant mort. Délivrance spontanée. Suite de couches normales.

Mme D...; primipare, au voisinage du terme. Rien d'anormal pendant la grossesse.

Début du travail, le 30 septembre 1921, à midi : petites douleurs très espacées.

1^{er} octobre. — A 5 heures du matin, première hémorragie d'environ cinquante grammes.

2 octobre. — Nouvelle hémorragie à 3 h. du matin. Deux heures plus tard, nouvelle perte sanguine de caractère tout à fait sérieux (six à sept cents grammes de sang rouge vif). La malade a la face pâle, les lèvres décolorées. Angoisse extrême ; pouls petit, mais régulier et peu rapide.

Au toucher, le col est dilaté à trois centimètres environ ; l'orifice utérin est occupé par une masse rugueuse, molle, constituée en totalité par un placenta praevia.

Devant le danger immédiat que court la malade, on décide la mise en œuvre d'un moyen hémostatique qui sera, soit l'application d'un ballon de Champetier de Ribes, soit la manœuvre de Braxton-Hicks.

La Sœur-Mère pratique un nouveau toucher sous anesthésie, repère et vérifie le placenta central, le perce en son centre avec le doigt, aidé d'une branche de pince d'Hégar. A ce moment, se produit une évacuation des eaux assez abondante. La tête est aisément refoulable ; l'abaissement d'un pied est exécuté sans difficulté et avec beaucoup de douceur.

L'hémorragie s'arrête et la malade est replacée dans son lit. Injection sous-mammaire de sérum.

La délivrance se fait sans incident, trente minutes plus tard.

La malade, dont le pouls est bien frappé et non rapide, présente quelques petits malaises d'ordre anémique, qui sont traités par les moyens habituels : linges chauds, sérum artificiel, huile camphrée, éther, caféine, etc...

Aucune hémorragie ne s'est reproduite. L'état général n'inspire aucune inquiétude.

Examen du Délivre. — La brèche placentaire, légèrement bifurquée en Y, est située à peu près au centre de l'organe. Une de ses extrémités se trouve à deux centimètres d'un bord ; l'autre à six centimètres environ de l'autre bord.

Le gâteau placentaire est étalé, mais cependant assez charnu. A la périphérie, quelques cotylédons sont atrophiés. Au niveau de la déchirure centrale, l'aire de décollement présente un aspect ecchymotique, couleur lie de vin ; elle mesure les dimensions d'une pièce de cinq francs environ.

L'insertion du cordon est vélamenteuse et se fait à un centimètre environ du bord placentaire.

Les membranes sont complètes, sans particularité spéciale.

Suites de couches. — Normales. Au troisième jour, la température est tombée au-dessous de 37°,6. L'état général est excellent. La pâleur anémique persiste cependant.

La malade quitte le service seize jours plus tard.

OBSERVATION II

(D^r Plauchu. Société d'Obstétrique de Lyon.
3 décembre 1920).

Placenta praevia central. Pas d'hémorragie du travail. Mort du fœtus par insertion vicieuse du cordon. Forceps. Etat général très précaire. Délivrance artificielle. Suites de couches normales.

Mme L..., primipare.

Mariée le 30 août 1919. Bonne santé habituelle. Réglée régulièrement.

Dernières règles, le 6 novembre 1919. Accouchement probable, le 16 août 1920. La grossesse a évolué normalement. A signaler seulement beaucoup de vomissements.

La malade s'est présentée plusieurs fois aux consultations des femmes enceintes. Le 8 juillet 1920, M. Voron fait un toucher et note : « Excavation totalement vide ; parties molles très résistantes ; bon arc antérieur ; promontoire inattingible ».

27 juillet. — Petite hémorragie, vers 10 h. 30 du matin, qui dure une demi-heure. La malade dit qu'elle a été plus abondante qu'une journée de règles.

22 août 1920. — A 19 heures, nouvelle hémorragie plus faible que la précédente. La malade expulse un caillot de cent grammes environ.

26 août 1920. — Troisième hémorragie, précédée d'une période de quelques contractions utérines ; un petit caillot de cinquante grammes environ est expulsé vers 5 heures du matin.

Depuis cette date, les contractions utérines subsistent et font croire à chaque instant que le travail va devenir définitif.

28 août 1920. — A la Maternité, la malade a une hémorragie plus importante que les précédentes réunies. Le soir, au moment d'une contraction utérine, brusque évacuation d'eau par rupture de l'œuf.

Pendant toute cette période, la tête reste élevée, mobile, sans tendance à la fixation. Ce n'est qu'à partir de la rupture de la poche des eaux qu'elle s'amorce en O. I. G. A.

31 août 1920. — Le liquide amniotique est fortement coloré en vert. A 7 heures du matin, les bruits du cœur sont encore perçus ; à 9 heures, l'auscultation pratiquée par M. le Dr Plauchu, est négative : obitus fœtal.

Le toucher montre un col fermé et un matelas placentaire coiffant la tête. On peut affirmer le placenta praevia central, mais comment alors expliquer la rupture de l'œuf ?..

1^{er} septembre. — La situation est la suivante : quelques contractions utérines permettent d'espérer un travail prochain. Le fœtus est mort. La mère n'a pas d'hémorragie ;

elle est cependant légèrement pâle et son pouls est un peu rapide.

Cette situation se prolonge jusqu'au 4 septembre, avec des alternatives de contractions utérines et d'arrêt, sans hémorragie. Cependant, l'état général de la malade faiblit ; elle n'a pas de température.

4 septembre. — A l'examen, on sent un col effacé, perméable à un doigt ; on affleure directement une suture et une anse du cordon procident, expliquant l'obitus fœtal. Toute la journée, les contractions sont très actives ; elles s'arrêtent la nuit pour ne reprendre que dans l'après-midi du 5 septembre.

5 septembre. — Le travail s'accélère, les douleurs deviennent intenses, presque subintrantes. La malade pousse des cris violents, incessants. Vers les 20 heures, le surmenage obstétrical devient inquiétant : pâleur extrême de la femme ; pouls à 160, petit, filiforme, de plus en plus arythmique ; légères défaillances syncopales ; état d'euphorie et d'insensibilité. Devant ces signes alarmants, la sœur de service fait une extraction rapide de l'enfant au forceps (poids de l'enfant : 3.400 gr.).

A 21 heures, l'état général de la malade est identique, malgré des piqûres d'huile camphrée, caféine, etc... Le Dr Plauchu décide une délivrance artificielle immédiate.

La main introduite franchit facilement le col et pénètre dans la cavité utérine ; celle-ci paraît au premier abord être vide de placenta. Dans une corne utérine, flotte un faisceau de membranes qui est saisi et entraîné. En essayant de les extraire, il se produit un décollement d'un bord placentaire, très aminci, inséré au niveau de la zone de Bandl ; ce point étant amorcé, on procède avec les doigts au décollement progressif de tout le placenta qui coiffe comme une cupule inversée tout le segment inférieur et la région cervicale. Il n'y a aucune zone de décollement produit par le passage du fœtus, d'où absence d'hémorragie. L'ensemble du placenta est aminci et peu vascularisé ; la partie centrale présente une zone très amincie, presque chauve, qui a été le siège de la rupture de l'œuf, rupture qui s'est agrandie par le passage du fœtus et qui, à l'exa-

men ultérieur, dessine une grande fente à peu près au centre du placenta.

La malade se remonte progressivement et sort guérie 15 jours après.

OBSERVATION III

(Inédite. Dr Plauchu. Maternité de la Croix-Rousse, 1913).

Placenta prævia central. Enfant mort. Extraction rapide de l'enfant. Anémie aiguë. Infection.

Mme D... L..., 41 ans. V-pare. Les quatre accouchements antérieurs ont été normaux et à terme.

La malade entre à la Maternité de la Croix-Rousse le 14 octobre 1913, au matin, pour des métrorragies extrêmement abondantes.

Elle est enceinte, mais ne peut préciser la date de sa grossesse; elle nourrissait en effet son dernier enfant et depuis cinq mois que son allaitement a cessé, ses règles n'ont pas reparu.

Il est cependant facile par l'interrogation et l'examen, de fixer approximativement l'âge de la grossesse. L'utérus est volumineux, sa hauteur mesurée au ruban métrique est de 34 cent. D'autre part, la malade a senti bouger pour la première fois, le 15 juillet. Il semble donc bien que la malade soit enceinte de huit mois environ.

Jusqu'à ces derniers temps, la grossesse fut bien supportée. Il y a quinze jours environ, elle eut une première perte rouge: le sang s'échappa liquide et en abondance par la vulve, mais l'hémorragie fut de courte durée et s'arrêta d'elle-même. La malade ne s'en inquiéta pas et ne consulta aucun médecin.

Le 10 octobre, nouvelle hémorragie de même caractère que la première. La malade raconte elle-même que le sang s'échappait à flots comme de l'urine, mais là encore l'hémorragie fut de courte durée et s'arrêta d'elle-même.

Simplement anémiée par ces deux hémorragies rappo-

chées, la malade ne se décide pas encore à consulter un médecin. Ce n'est qu'après l'apparition d'une troisième hémorragie, plus abondante que les précédentes, que la malade fait appeler une accoucheuse.

Cela se passait dans la nuit du 13 au 14 octobre. L'hémorragie céda assez vite à des lavages répétés et très chauds. Le matin, à 9 heures, elle se fit conduire à la Maternité.

A son entrée, la malade est extrêmement pâle, presque exsangue ; les muqueuses sont complètement décolorées ; le pouls radial est encore perceptible, mais extrêmement petit. Elle ne perd plus.

Le toucher est très démonstratif et ne laisse aucun doute sur le diagnostic. Le col est dilaté à une paume de main. A travers l'orifice pendent des masses bourgeonnantes, qui sont certainement des cotylédons.

Lorsqu'avec le doigt, on cherche à faire le tour de l'orifice du col, on ne tombe nulle part sur les membranes ; partout on rencontre la masse placentaire qui matelasse la présentation et rend impossible tout diagnostic de présentation par le toucher.

Le palper est d'ailleurs facile à travers la paroi très souple. Le ballotement de la tête sous le rebord costal droit, le sillon du cou, le signe de l'épaule et enfin la masse mollassse que l'on sent dans l'excavation, ne laissent aucun doute sur l'existence d'une présentation du siège. Le dos est à gauche. Il s'agit d'une S. I. G. T.

Le diagnostic est d'ailleurs impossible à vérifier par l'auscultation. Soit au niveau de l'épaule, soit ailleurs, il est impossible de percevoir le moindre bruit du cœur fœtal. La malade ne sent plus bouger depuis sa dernière hémorragie.

On remonte l'état général en faisant des piqûres d'huile camphrée et d'éther, ainsi qu'une injection de 500 grammes de sérum. On décide une intervention immédiate sans anesthésie, vu l'état général.

L'introduction de la main dans le vagin est facile ; on cherche à désinsérer l'un des bords du placenta. Comme cette manœuvre ne réussit pas, on pratique une ouverture en plein centre placentaire, par laquelle on pourra pénétrer

dans l'œuf. La dilacération de la substance placentaire est assez difficile, mais au bout de quelques instants, l'œuf est rompu et le liquide amniotique peut s'écouler.

Par la brèche ainsi créée, la main est introduite à l'intérieur de l'œuf et va à la recherche du pied antérieur, qui est amené à la vulve.

La malade, depuis le début de l'intervention, perd peu et il est inutile de chercher, par des tractions, à tamponner la surface placentaire avec le siège du fœtus.

Cependant, comme la dilatation du col est suffisante et que la dépression de la malade est très accentuée, on se décide à tenter une extraction rapide.

Le siège est facilement amené à la vulve par des tractions sur le pied et se dégage normalement. — Abaissement de l'autre pied. Il est alors inutile de faire l'anse au cordon, celui-ci étant descendu en même temps que la présentation.

Le tronc est extrait. On procède à l'abaissement des bras pour dégager les épaules. Cette manœuvre est rendue difficile du fait que la malade n'est pas endormie et que l'introduction de la main sur les côtés du tronc n'est pas commode. Le bras postérieur est tout de même abaissé, mais avec une fracture de l'humérus. On transforme le bras antérieur en postérieur pour agir de même.

Enfin la tête est extraite facilement par la manœuvre de Mauriceau.

Après l'extraction du fœtus, l'hémorragie n'est pas très marquée. On fait de suite une délivrance artificielle.

Celle-ci est très facile mais, après l'extraction du placenta, l'utérus ne se contracte pas et l'hémorragie reprend. On doit exercer une pression énergique sur le poing introduit dans l'utérus et pratiquer une injection d'ergotine, après avoir vérifié qu'il n'y a plus rien dans son intérieur.

Quelques secondes suffisent alors pour voir apparaître une contraction utérine et l'on peut sans danger abandonner l'utérus à lui-même. Enfin on fait une injection intra-utérine iodo-iodurée.

Le soir de l'intervention, la malade avait une température de 38°. Cette température suit une marche ascension-

nelle jusqu'au 21 octobre, où elle atteint 39°,2. Les lochies sont grisâtres et très fétides. Malgré ces signes d'infection, le poulx reste assez bon, à 108. Pas de dyspnée ; pas d'agitation.

L'état général est encore sous le coup de la déperdition sanguine. La malade reste pâle, mais les muqueuses sont plus colorées ; les maux de tête, très violents les premiers jours, se sont atténués.

A partir du 21 octobre, la température baisse ; l'état général s'améliore et la malade peut quitter le service entièrement rétablie, le 31 octobre.

OBSERVATION IV

(Dr Plauchu. Société d'Obstétrique de Lyon, 1910).

Placenta prævia central. Eclampsie pendant le Travail.

Basiotripsie. Suites de couches pathologiques.

Mme E..., 42 ans : primipare.

Aucun antécédent. Mariée à 41 ans.

Dernières règles, le 2 mai 1909. La grossesse fut bien supportée ; la malade n'eut pas de vomissements.

Le 11 décembre 1909, au soir, elle a eu, en arrivant chez elle, une hémorragie qu'elle évalue à un demi-verre de sang.

Au palper, utérus de sept mois ; tête élevée. Au toucher, il est impossible de percevoir la tête, à cause de la rigidité des tissus.

La malade ne s'est pas représentée à la consultation des femmes enceintes jusqu'au 10 février 1910.

10 février. — La malade n'a pas eu de nouvelle hémorragie. Les douleurs ont débuté ce matin à quatre heures et demie, mais assez faibles.

A midi, hémorragie évaluée à un verre environ.

A 15 heures 30, l'hémorragie est arrêtée ; la malade arrive à l'hôpital, ne présentant aucun signe d'anémie (poulx à 80). Elle a des douleurs très fortes et très rapprochées.

On est frappé du petit volume de l'utérus, ainsi que de

la faible quantité de liquide amniotique : le fœtus est, en quelque sorte, moulé par l'utérus. Le palper est difficile, la tête est cependant perçue au détroit supérieur et paraît à peine fixée ; le dos est à gauche, les bruits du cœur sont perçus à gauche et très en arrière.

Au toucher, le col est perméable au doigt. La tête n'est accessible qu'à droite et en avant sur une petite étendue où le doigt reconnaît nettement sa surface osseuse et peut-être même une suture. Sur tout le reste de sa surface, le doigt en est séparé par une masse rénitente, qui apparaît comme étant le placenta.

On retire du vagin plusieurs gros caillots, mais la malade ne paraît plus perdre pour le moment.

A 17 heures, examen de la malade par M. le Dr Plauchu : ce que l'on sent à travers le col est bien le placenta ; avec le doigt, on arrive à pénétrer dans des géodes appartenant au tissu placentaire. En avant, derrière la symphyse, on arrive sur les membranes. On essaie de les rompre, mais il est impossible de le faire au seul point où elles sont accessibles en avant.

On pénètre alors avec le doigt dans le milieu du gâteau placentaire et on y crée un orifice. Il ne s'écoulè pas une seule goutte d'eau. Mais à ce moment se produit, durant quelques minutes, une violente hémorragie, sous forme de caillots et de sang liquide.

La malade est mise sur le lit d'opération et on tente de lui mettre, simplement avec les doigts, un ballon de Champetier de Ribes. On échoue malgré plusieurs tentatives ; on constate alors que la tête a pénétré dans l'orifice placentaire et est venue en contact du col. On essaie à nouveau de mettre un ballon, avec la pince, en attirant la lèvre postérieure puis la lèvre antérieure du col. Tentative infructueuse.

A ce moment, la tête est nettement perçue dans l'orifice placentaire, sur lequel elle appuie bien. On décide de ne pas insister pour mettre un ballon ; l'hémorragie est arrêtée.

Dans les heures qui suivent, la malade ne perd pas ; les douleurs sont très fortes et rapprochées. Les bruits du cœur sont toujours perçus.

A 22 heures 30, au moment d'un nouvel examen, la femme prend une crise d'éclampsie : elle pousse un cri et se raidit en orthotonos ; au bout de quelques secondes, apparaissent des convulsions de la face et des yeux, des membres supérieurs ; le pouce est serré dans les autres doigts. Emission d'urine ; pas de morsure de la langue. La malade tombe dans le coma.

Le col est dilaté à cinq francs ; la tête appuie bien sur lui ; la fontanelle postérieure est à gauche et en avant (O. I. G. A.) Les bruits du cœur ne sont plus perçus.

A minuit, la malade n'est plus dans le coma complet ; un lavement purgatif a été rejeté sans effet. Nouvelle crise semblable, mais un peu plus courte. On fait un lavage d'estomac, suivi de l'introduction par la sonde de quatre grammes de chloral. Lavement glycériné sans effet.

11 février. — A 2 heures 30, nouvelle crise.

A 5 heures, la malade est dans un demi-coma. La dilatation est stationnaire à cinq francs, avec une volumineuse bosse séro-sanguine engagée dans l'orifice utérin. Les douleurs, très fortes pendant la nuit, tendent à devenir plus faibles et plus espacées.

A 9 heures, la dilatation n'ayant pas progressé, les bruits du cœur n'étant plus perçus, l'enfant étant probablement mort, M. le docteur Plauchu décide une basiotripsie.

Il commence à dilater le col par la méthode de Bonnaire ; il arrive facilement à une paume de main.

Il pratique alors la basiotripsie : le perforateur pénètre dans le crâne à travers le pariétal, jusqu'au contact de la base du crâne. La branche gauche est introduite à gauche, répondant à l'occipital ; on effectue le petit broiement. La branche droite est introduite à droite, répondant à la face et l'on effectue le grand broiement. La substance cérébrale fait issue. On commence alors des tractions modérées et lentes sur le basiotribe ; la descente de la tête s'effectue lentement jusqu'au périnée ; on imprime en même temps à l'instrument un mouvement de rotation qui ramène l'occiput en avant et qui place le forceps presque de champ. La tête se dégage et le reste du corps suit facilement (enfant de 1650 grammes.

La malade étant toujours anesthésiée, on tente la délivrance artificielle. On décolle le placenta qui s'insère sur tout le pourtour du segment inférieur et qui paraît d'autre part remonter jusqu'au fond utérin. Le décollement est laborieux et s'accompagne d'hémorragie. La délivrance achevée, la main réintroduite dans l'utérus ramène un fragment de membranes.

L'hémorragie cesse ; l'utérus se contracte bien. Le pouls est rapide, mais tendu. Injection chaude iodée.

Pendant toute la journée, la malade ne reprend pas de crise ; elle est dans un état de somnolence qui persiste jusque dans la soirée. Le soir, elle est beaucoup mieux ; elle répond aux questions ; pas de température ; pouls à 120.

Œdème localisé à la main et à l'avant-bras gauches ; léger œdème de la paroi thoraco-abdominale ; légère bouffissure de la face.

Urines de couleur noirâtre : quelques centaines de grammes. Gros disque d'albumine.

12 février. — La malade est en bon état ; elle n'a pas de fièvre ; elle n'a pas eu de nouvelle crise ; les œdèmes ont diminué.

Diète hydrique. Deux grammes de chloral.

Urines : 200 cc. 8 gr. 40 d'albumine par litre.

Examen du placenta. — Le placenta, avec l'orifice pratiqué en son centre, offre l'aspect d'un manchon, entourant la partie inférieure de l'œuf. Le sac membraneux forme une sorte de bonnet au-dessus de lui. On peut le comparer à un gland de chêne, dont la cupule serait représentée par le placenta et le fruit par les membranes.

Dans son ensemble, le placenta est très large, très étalé, aplati et aminci, avec, par places, des parties très peu épaisses, presque membraneuses, avec des zones de dégénérescence et des infarctus anciens, blancs. Il présente à sa partie centrale l'orifice qui a livré passage au fœtus et par lequel sort le cordon.

L'amincissement du placenta permet de comprendre que la perforation ait obtenu le même effet qu'aurait donné la rupture des membranes.

17 février. — Depuis son accouchement, la malade a eu

une température oscillant autour de 37°,7, sans jamais dépasser 38°.

Les lochies sont grises, très fétides. Les urines varient entre 300 et 700 cc. ; l'albumine y a progressivement diminué jusqu'à 0 gr. 20.

24 février. — La température tend à tomber ; les lochies sont normales ; il n'y a plus que des traces d'albumine.

La malade quitte l'hôpital, le 7 mars 1910 ; elle est apyrétique depuis quinze jours ; l'albumine a disparu ; l'état général est excellent.

OBSERVATION V

(D^r Plauchu, in *Lyon Médical*, 1905)

Placenta praevia central. Ballon de Champetier de Ribes. Enfant mort pendant le Travail. Suites de couches normales.

Mme L., 26 ans ; secondipare. Premier accouchement normal et à terme ; pas de fausse-couche.

Dernières règles : 10 au 15 mai 1904. Accouchement probable, le 25 février 1905.

La grossesse a été bien supportée. Vers le quatrième mois, elle fit une chute sur le ventre, en descendant un escalier, et à ce moment-là, au dire de la malade, les mouvements fœtaux ne furent pas perçus pendant quelques jours, mais réapparurent dans la suite.

20 février. — Petite hémorragie sans douleur, qui cède au repos au lit et aux injections chaudes. Cette hémorragie survint lorsque la malade faisait un effort pour atteindre un ustensile placé aux rayons supérieurs d'un placard et à la suite d'un toucher pratiqué par une sage-femme.

Les jours qui suivirent, écoulement de glaires.

1^{er} mars. — A deux heures du matin, début des douleurs.

A neuf heures, grosse hémorragie. La sage-femme pratique un toucher, constate un col dilaté à deux francs et un orifice utérin complètement fermé par les cotylédons placentaires. Elle fait un tamponnement vaginal et envoie la malade à la Maternité.

A 14 heures, la malade arrive à la Maternité. Elle est bien à terme ; elle a même dépassé le terme de quelques jours. On enlève le tamponnement ; la dilatation n'a pas bien progressé. Le col est plein de caillots. On ne sent pas de membranes, mais partout des cotylédons placentaires.

Dans l'espoir de parer à une nouvelle hémorragie et d'activer le travail, on refait un nouveau tamponnement, encore plus serré que le premier.

Le fœtus est en O. I. D. P. Le foyer d'auscultation est haut situé, à droite, un peu au-dessous de l'ombilic.

Les douleurs deviennent plus fortes ; on enlève ce second tamponnement à 22 heures 30, et on constate qu'à ce moment la dilatation n'est pas encore complète (elle est à cinq francs), que le placenta praevia est total et que la malade a perdu derrière ses tampons. Le pouls s'est accéléré à 130. Les bruits du cœur sont perçus, mais rapides.

Devant l'insuffisance de ce second tamponnement, à cause également de la souffrance du fœtus, on place un ballon de Champetier de Ribes moyen, pour activer la dilatation.

A 23 heures, la dilatation est presque complète ; en tout cas, elle est suffisante pour permettre l'extraction du fœtus. De quelque côté que l'on parcourt la circonférence de l'orifice utérin, on n'arrive pas sur les membranes ; on décolle quelques cotylédons à la partie postérieure de l'orifice sans grande hémorragie, puis on arrive sur les membranes que l'on suit avec la main jusque sur la face du fœtus. On les crève, en les déprimant avec le doigt au-dessus du menton et on va à la recherche du pied antérieur qui est facilement trouvé au fond de l'utérus.

On fait la version podalique et on extrait le fœtus par le siège. L'hémorragie est absolument minime pendant cette extraction. L'enfant pesait 3650 grammes et n'a pu être ranimé, l'auscultation pratiquée quelques minutes avant la version n'avait plus permis d'entendre les bruits du cœur fœtal.

Délivrance spontanée, deux minutes après l'extraction, sans hémorragie.

Petite déchirure périnéale, suturée de suite.

La malade a eu des signes d'anémie assez marqués au

moment du travail : troubles de la vue, tendance syncope ; mais ces troubles ont rapidement disparu. L'hémorragie n'a pas dépassé 700 à 800 grammes.

Examen du placenta : poids, 520 grammes.

Le placenta est arrondi, discoïde, de 21 centimètres de diamètre environ. Les cotylédons sont assez épais, mais mal séparés. Il existe une vaste déchirure du placenta intéressant plus des trois-quarts de son étendue, partant d'un des bords et allant jusqu'à cinq centimètres du bord opposé. Tout le long de cette déchirure, existent des cotylédons déchiquetés : l'un d'eux a été presque complètement séparé et n'est plus relié à la masse placentaire que par un pédicule chorio-amniotique.

Les vaisseaux placentaires principaux, courant sur la face fœtale du placenta, n'ont pas été intéressés par cette déchirure, qui s'est faite parallèlement à leur direction.

Cette déchirure a été produite par le passage même du fœtus à travers le placenta. Les membranes sont complètes sur toute l'étendue de ce dernier, sauf dans la région où il a été nécessaire de décoller les cotylédons pour arriver sur elles et les perforer. Il existe là une zone de six à huit centimètres sur le bord placentaire, où les membranes font totalement défaut. Toute cette région du bord est déchiquetée par le décollement des cotylédons.

Le cordon s'insère marginalement.

Dans les jours qui suivent, la malade a quelques signes d'anémie aiguë ; elle a un peu de température. Elle quitte l'hôpital absolument rétablie.

OBSERVATION VI

(Dr Plauchu, in thèse de De Cougny-Préfeln.)

Placenta praevia central chez une primipare. Opération césarienne conservatrice.

F..., née L..., 30 ans. Femme bien constituée, de santé normale. Réglée à 12 ans, régulièrement ; mariée à 25 ans. Première grossesse à 30 ans.

Grossesse actuelle : Dernières règles, le 28 juin 1913. Pendant les sept premiers mois, la grossesse ne donne lieu à aucun accident.

La première hémorragie a lieu le 5 février 1914 ; elle est peu abondante ; à partir du 10 février, la malade présente des hémorragies légères, mais continues ; de temps en temps, un caillot est expulsé par le vagin. Elle est surveillée en ville par une sage-femme qui ne constate jamais d'hémorragie abondante, mais une succession de petites hémorragies.

A partir du 10 mars, ces dernières deviennent plus abondantes et plus continues. La malade commence à s'inquiéter et à s'affaiblir. Elle entre à la Maternité de la Croix-Rousse, le 17 mars.

Femme de forte taille, adipeuse, à faciès coloré.

Les dernières règles étant du 28 juin, la grossesse est à ce moment à peu près à huit mois et demi.

L'enfant est vivant et se présente en gauche transverse.

La tête est très élevée et mobile au dessus du bassin.

Au toucher, bassin vaste. Col légèrement raccourci et entr'ouvert. On perçoit le placenta sur l'orifice interne du col. Tout autour du col, le segment inférieur est mal constitué et toute la zone utérine explorable par le vagin est épaissie par le gâteau placentaire qui empêche totalement de percevoir la tête fœtale. Ce signe, joint à l'allure particulière des hémorragies, entraîne le diagnostic de placenta praevia central.

Les tissus cervicaux, vaginaux et vulvaires sont rigides ; une intervention par voie basse ayant de grandes chances d'être longue, laborieuse, hémorragipare et d'entraîner la mort de l'enfant qui est bien vivant et bien développé. M. Plauchu propose à la malade l'opération césarienne qu'elle accepte volontiers, voulant sauvegarder cet enfant qu'elle a désiré pendant cinq années.

15 mars 1915. — Intervention. Désinfection habituelle, complétée dans ce cas par une injection vaginale prolongée à la solution iodo-iodurée forte.

Incision abdominale ; incision utérine sans aucun incident. La partie basse de l'incision utérine affleure en bas

le bord supérieur du placenta. Celui-ci, vu par la cavité utérine, forme un infundibulum et tapisse régulièrement et en totalité tout le segment inférieur, oblitérant complètement toute la zone cervico-segmentaire. C'est le placenta praevia central indiscutable.

Il est détaché avec soin ainsi que les membranes. Un gros tampon de gaze opère un frottis énergique à plusieurs reprises dans toute la zone d'insertion pour enlever tous les débris, puis on procède rapidement à la suture utérine : catgut exclusivement employé, pas de mèche de drainage, hémorragie modérée. Le poulx, au moment de la suture, est à 104.

Suites opératoires normales. — Au deuxième jour, température : 37°,5 et 37°,9. Le troisième jour, 38° et 38°,4. Les jours suivants, oscillations entre 38° et 37°,6. A partir du neuvième jour, température normale.

Premier lever au vingtième jour.

La malade quitte le service guérie, un mois après l'intervention. L'enfant est vivant ; il a crié aussitôt après son extraction ; il pèse 2.850 grammes ; nourri par sa mère, d'abord au sein, puis l'allaitement mixte, puis au biberon.

Revu en janvier 1916 : il est en parfaite santé. Le 16 juin 1916, enfant vivant et bien portant.

OBSERVATION VII

(Vanverts, in *Revue mensuelle de Gynécologie et Obstétrique*, 1909).

Secondipare, à bassin rétréci (D. U. = 10 cent. 5), ayant eu un premier accouchement dystocique, terminé par une basiotripsie.

Deuxième grossesse avec placenta praevia. Hémorragies au huitième mois. A ce moment l'utérus entre en contraction.

Rupture des membranes impossible. Col long et dur. Tamponnement répété pendant trois jours : peu à peu, le col s'efface et le troisième jour, il est à cinq francs.

Au toucher, on arrive sur le placenta. L'hémorragie continue.

Césarienne, suivie d'hystérectomie, à cause des manœuvres vaginales antérieures.

Guérison de la mère. Mort de l'enfant.

OBSERVATION VIII

(Vanuarts, in *Revue mensuelle de Gynécologie et Obstétrique*, 1909).

Octipare, présentant des hémorragies pendant la grossesse, qui se sont reproduites, plus graves, pendant le travail.

Placenta central. Césarienne en ville.

Enfant vivant de onze livres trois cents grammes. Mort de la mère par péritonite en 53 heures.

OBSERVATION IX

(Cathala, in *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1913).

La femme P..., primipare, âgée de 30 ans, est reçue le 6 novembre 1913, à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, où elle est envoyée par une sage-femme avec le diagnostic d'hémorragie par insertion basse du placenta..

On ne relève rien de particulier dans ses antécédents pathologiques ; elle n'a jamais eu d'infection génitale, jamais de pertes blanches. La menstruation a commencé à 17 ans ; elle a toujours été régulière ; l'écoulement sanguin peu abondant durait sept jours environ, avec le plus souvent un à deux jours d'interruption ; il était toujours précédé pendant deux ou trois jours de douleur et de pesanteur dans le petit bassin et la région lombaire.

Les dernières règles dataient du 23 février au 2 mars

1913 ; les mouvements actifs du fœtus furent perçus le 15 juin. Pendant les premiers mois, la gestation évolua normalement ; il n'y eut que quelques vomissements au début.

Le 20 août, soit six mois après la cessation des règles, la femme eut, sans cause apparente, une légère perte de sang qui se prolongea deux jours ; la sage-femme qui la soignait lui fit garder le repos au lit pendant neuf jours.

Le 6 novembre, à 5 heures 30, au moment de se lever, la femme eut subitement une nouvelle hémorragie, plus abondante cette fois, qui dura une demi-heure et la laissa très affaiblie. Le soir, à 9 heures, l'hémorragie se reproduisit, mais moins abondante que le matin, en même temps que survenaient quelques douleurs lombaires.

La sage-femme, qui avait examiné la malade à plusieurs reprises, lui conseilla d'aller à l'hôpital.

A l'entrée dans le service, à 9 heures 30 du soir, la femme est successivement examinée par la sage-femme et l'externe de garde. A ce moment, l'hémorragie est arrêtée ; la femme n'a plus de douleurs ; son pouls est à 108 ; son état semble assez bon. Pendant la nuit, la femme perd de temps en temps un peu de sang.

A 7 heures du matin, le pouls s'est élevé à 140 et la température rectale est de 38°. L'interne, considérant que l'état s'est considérablement aggravé depuis la veille au soir, me fait appeler et, en m'attendant, pratique une injection sous-cutanée de cinq cents grammes de sérum.

Le 7 novembre, à 8 heures du matin, j'examine la malade : l'utérus peu développé présente quelques contractions légèrement perçues par la femme.

La tête fœtale semble mobile, sans fendance à s'engager. Le dos est à gauche ; les bruits du cœur sont bons. Au toucher, le bassin est normal ; le col utérin est long, fermé ; l'index pénètre difficilement jusqu'à l'orifice interne ; à bout de doigt, je sens du tissu placentaire et, en aucun point, je n'arrive sur les membranes ; en insistant, j'ai la sensation que je refoule du placenta qui se décolle et il s'écoule à nouveau du sang, en assez grande quantité.

En présence de ces symptômes de placenta praevia, chez

une primipare de 30 ans, déjà anémiée, avec un col long, fermé, sans début net de travail, je n'insiste pas pour rompre les membranes et je préfère recourir de suite à la Césarienne, de crainte que la dilatation au moyen d'un ballon ne soit trop lente et ne laisse perdre trop de sang à la femme.

A 8 heures 30 du matin, anesthésie au chloroforme ; incision de la paroi abdominale de 22 centimètres environ, ayant l'ombilic comme centre. Après extériorisation de l'utérus, la paroi antérieure est incisée sur la ligne médiane dans sa partie supérieure. L'enfant du sexe féminin, du poids de 2.300 grammes, est extrait par traction sur un membre inférieur ; il crie aussitôt. Injection de 1 cc. d'er-gotine.

Le placenta s'insère sur la paroi droite du segment inférieur, tout entier au-dessous du plan passant par l'extrémité inférieure de la ligne d'incision utérine. Il remonte un peu sur le corps utérin et descend jusqu'au col dont il recouvre l'orifice interne par son extrémité inférieure. Je décolle d'abord la partie supérieure du placenta et je termine par la partie inférieure que je retire avec soin, évitant de mettre en contact avec la paroi utérine et le péritoine la portion correspondant à l'orifice interne et la zone décollée. Le placenta, examiné après l'extraction, a une forme allongée à grand axe vertical ; sa partie inférieure forme, avec les membranes adjacentes, une sorte d'entonnoir dont le fond est constitué par la partie amincie, dure, fibreuse, qui recouvrait l'orifice cervical. Le cordon s'insère entre le centre du placenta et le bord inférieur.

Pendant la délivrance, il n'y a aucune hémorragie ; la perte sanguine est moindre que dans beaucoup de Césariennes, faites pour rétrécissement du bassin par exemple. Par précaution, je tamponne la cavité utérine à la gaze stérilisée. L'utérus est suturé par des points de suture au catgut n° 2, prenant toute l'épaisseur de la paroi, et par un surjet péritonéal. La paroi abdominale est suturée par un surjet au catgut pour le péritoine et par des crins de Florence pour les muscles et la peau. Le chef inférieur de la mèche intra-utérine est attiré dans le vagin dans lequel on place une gaze iodoformée.

La femme a perdu une quantité extrêmement minime de sang au cours de l'opération. Son pouls est resté à 140. A 5 heures du soir, le tamponnement intra-utérin est retiré.

Les suites opératoires furent simples. Le pouls, à 140 le soir, descendit à 120, les deuxième et troisième jours, pour atteindre progressivement 85, le dixième jour. La température, à 38° le soir et le lendemain de l'opération, oscille ensuite entre 37°,5 et 38° pour redevenir normale le septième jour. Les points de suture furent enlevés le 17 novembre et la cicatrice abdominale mesurée le 27 novembre était de 15 centimètres.

La femme quitte le service le 30 novembre ; son enfant nourri au sein pesait 3.500 grammes le jour de son départ.

OBSERVATION X

(Lequeux, in *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1920)

Secondipare de 32 ans, ayant eu ses dernières règles du 2 au 7 février 1919.

Aucun antécédent général ou obstétrical.

Bassin normal. Fœtus se présentant par le sommet ; à l'entrée, la tête tend à filer vers une fosse iliaque.

Le 14 novembre, c'est-à-dire à terme, hémorragie abondante, vraisemblablement par insertion basse du placenta. Le col est long, fermé, fixé en arrière ; pas de segment inférieur. Tout fait penser à un placenta central ou centropartiel.

Césarienne : Enfant vivant de 3.730 grammes. Placenta inséré sur toute la partie postérieure du segment inférieur et sur une partie de la face antérieure, recouvrant le col.

OBSERVATION XI

(Brindeau, in *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1920)

Mme Mar..., secondipare.

A huit mois et demi de sa troisième grossesse, se présente à l'infirmerie de la Pitié, parce qu'elle perd du sang.

Quinze jours auparavant, a eu une violente hémorragie et depuis continue à perdre du liquide rosé.

La veille de son entrée, nouvelle hémorragie, moins importante.

A l'examen, femme pâle, bien constituée ; abdomen développé comme à terme. Fœtus se présentant par le sommet, avec une tête très élevée. Au toucher, col fermé, segment inférieur épais.

Repos et expectative. Quatre jours après son entrée, nouvelle hémorragie assez sérieuse. Le col étant absolument fermé et l'enfant volumineux et vivant, on décide la Césarienne pour le lendemain matin.

Bien que la température centrale fut de 38°, on pratique la Césarienne. Le fœtus bien constitué est extrait. La main introduite dans l'utérus donne un placenta inséré sur toute la surface du segment inférieur (cas typique d'insertion totale). Il est adhérent partout, sauf au niveau du col, où un large lambeau est décollé, formant clapet. Changement de gants. Lavage de l'utérus à l'éther. Suture en deux plans.

Dès le lendemain, l'état général de la malade est mauvais et elle meurt de péritonite, quatre jours après l'intervention.

OBSERVATION XII

(Brindeau, *Gynécologie et Obstétrique*, 1921).

Secondipare, au huitième mois de la grossesse : pertes de sang quotidiennes ; fœtus volumineux ; tête haute et mobile ; col complètement fermé, avec segment inférieur épais.

Repos ; les hémorragies cessent pendant trois jours ; puis nouvelle hémorragie, avec température à 38°.

Césarienne : mort de la mère par péritonite, trois jours après.

A l'examen du placenta, au niveau de la région correspondant au col, on trouve une zone dure, œdémateuse, d'odeur suspecte (l'examen montre des streptocoques).

CONCLUSIONS

I. — L'existence du placenta praevia central est démontrée par des documents irréfutables. C'est la variété la plus rare d'insertion vicieuse. Elle ne se rencontre, en effet, que dans 11 % des cas de placenta praevia accompagnés d'hémorragies notables.

II. — Le diagnostic de la forme centrale d'insertion vicieuse repose sur les constatations directes du toucher pendant le travail ; mais il ne doit être affirmé qu'après l'examen de la pièce anatomique, lorsqu'il est manifeste que le fœtus a passé au centre du placenta et a créé dans ce dernier un orifice entouré par un bourrelet plus ou moins régulier de tissu placentaire.

III. — Cliniquement, il se traduit, *pendant la grossesse*, par des hémorragies très variables dans leur abondance, leur fréquence ou leur moment

d'apparition. Il semble toutefois que ces hémorragies aient une allure particulière : dans de nombreux cas, elles sont remarquables par leur fréquence, leur permanence et leur abondance relativement faible. Ce symptôme, joint aux constatations locales (segment inférieur non constitué, matelas pérícervical, tête très élevée et mobile), permet parfois de diagnostiquer la forme centrale du placenta praevia.

Pendant le travail, il occasionne en général des hémorragies très abondantes et de gravité particulière, sauf dans quelques rarissimes exceptions (Observation II), qui font de cette variété de placenta praevia la forme la plus grave de toutes.

Mortalité maternelle 26 %.

Mortalité fœtale : 80 %.

IV. — Le traitement, *pendant la grossesse*, si le diagnostic a été fait, doit tendre à remplacer les moyens obstétricaux par l'opération césarienne.

Pendant le travail, celle-ci est malheureusement difficilement réalisable, lorsque la femme a déjà été soumise à des interventions d'urgence, qu'elle est en état d'infection latente ou qu'elle est considérablement affaiblie par les hémorragies. Elle est cependant à retenir de préférence chez la *primipare*, au début de la dilatation du col, si l'on prévoit de trop grosses difficultés ou de trop grandes lenteurs dans la dilatation.

Nous n'avons réuni que sept cas d'opération césarienne dans la forme centrale avec une mortalité de trois cas (soit 42,8 %). Mais cette statistique est insuf-

fisante pour conduire à une conclusion et d'ailleurs, dans deux cas au moins, mortels, la Césarienne était manifestement contre-indiquée.

Chez les *multipares*, lorsque le col est déjà à une période plus ou moins avancée de dilatation, on doit donner la préférence aux moyens obstétricaux habituels (Ballons de Champetier de Ribes ou Version de Braxton-Hicks, suivant les circonstances).

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COMMANDEUR.

Vu :

LÉ DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 18 Janvier 1922.

LE RÉCTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT. — Quatre observations complètes de placenta praevia central. *Revue Médicale de Toulouse*, 1885.
- ANDERODIAS. — Deux cas de placenta praevia central. *Obstétrique*, 1905.
- AUBY. — De l'influence de l'insertion du placenta sur la grossesse et l'accouchement. Thèse. Paris, 1903-04.
- AUVARD. — Traitement du placenta praevia. *Semaine Médicale*, 1885. De la conduite à tenir dans le cas de placenta praevia. Thèse d'agrégation, Paris, 1885-86.
- BAR. — Position actuelle du traitement du placenta praevia. *Obstétrique*, 1905.
- BAR ET BRINDEAU. — Le pratique de l'art des accouchements.
- BOURLET ET MARIAGÉ. — Version podalique à travers le placenta. *Jour. des Sciences Médicales de Lille*, 1885.
- BOURRET. — Un cas de placenta praevia central. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1910.]
- BOURRÈTÈRE. — Contribution à l'étude du pronostic du placenta praevia. Thèse, Paris, 1905-06.
- BRINDEAU. — Placenta praevia; accouchement spontané par passage de la tête à travers le placenta. *Archives de Tocologie*, 1895.
- A propos d'un cas d'opération césarienne pour placenta praevia central. *Bulletin d'Obstétrique de Paris*, 1920, et *Gynécologie et Obstétrique*, 1921.

- BRUNEAU. — Du placenta inséré sur le segment inférieur. Thèse, Lille, 1896-97.
- BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale, 1889.
- Grossesse gémellaire et placenta praevia central. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1901.
- CATHALA. — Opération césarienne pour insertion vicieuse du placenta. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1913.
- CHALLAYE. — Le traitement du placenta praevia pendant le travail. Thèse, Lyon, 1904-05.
- CHARLES. — Placenta praevia central. Tamponnement. Version podalique. Enfant vivant. Mort subite de la mère, une heure après l'accouchement. *Journal d'accouch. de Liège*, 1884.
- CHEDEVILLE. — Du placenta praevia. Des dystocies qu'il peut engendrer en dehors des hémorragies. Thèse, Paris, 1904-05.
- COIRINT. — Le placenta praevia. Thèse, Strasbourg, 1919-20.
- COUVELAIRE. — Indications de l'opération césarienne conservatrice en dehors des rétrécissements du bassin. *Rapports du 2^e congrès d'Obstétrique*, 1921.
- CRESSON. — Traitement des hémorragies placentaires des trois derniers mois de la grossesse, par l'accouchement forcé. Thèse, Lille, 1900-01.
- DANIS. — De l'emploi du ballon de Champetier de Ribes à la Clinique Baudelocque. Thèse, Paris, 1898-99.
- DE BOVIS. — Le traitement chirurgical du placenta praevia est-il justifié? *Semaine Médicale*, 1911.
- DEFLENDRE. — Du placenta inséré sur le segment inférieur. Traitement de l'hémorragie. Thèse, Lille, 1911-12.
- DEGOUY. — De l'insertion habituelle du placenta. Thèse, Paris, 1898-99.
- DEMELIN. — Mémoire sur le placenta praevia central (40 observations). *Annales de Gynécologie et Obstétrique*. 1893.
- La version podalique dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. *Obstétrique*, 1905.
- DEPAUL. — Leçons de Clinique Obstétricale.
- DEVÈZE. — Deux cas de placenta praevia central. *Archives mensuelles de Gynécologie et Obstétrique*, 1913.

- DONI. — Placenta praevia central. Accouchement spontané par passage du fœtus au travers du placenta. *La Gynecologia*, 1906.
- DONOGHUE. — Quels sont les cas de placenta praevia justifiables de l'opération césarienne ? *The Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 1902.
- DULOROT. — Un cas de placenta praevia central. *Bulletin de la Polyclinique de l'Hôpital international*, 1895.
- DUPONT. — Du placenta praevia. Etude critique des principales méthodes employées en France. Valeur du tamponnement. Thèse, Paris, 1897-98.
- DUPONT. — Placenta praevia central. *Gazette des Hôpitaux*, 1913.
- DYLION-BERTHA (Mlle). — De l'insertion vicieuse du placenta. Essai de clinique thérapeutique. Thèse, Paris, 1889-90.
- FASCE MARIA GEROSA. — Placenta praevia central. *Giornale per le Levatrici*, 1896.
- FRAIPONT. — De l'opération césarienne dans le traitement du placenta praevia. *Revue Mensuelle de Gynécologie et Obstétrique*, 1910.
- FRISTCH. — Le traitement obstétrical du placenta praevia. *Deutsch. Med. Woche*, 1905.
- GIBIAT. — Contribution à l'étude de l'insertion vicieuse du placenta sans hémorragie. Thèse, Bordeaux, 1896-97.
- GILLES. — Placenta praevia central. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1913.
- Placenta praevia central. *Archives mensuelles de Gynécologie et Obstétrique*, 1914.
- GOETHALS. — Insertion centrale du placenta. Hémorragie interne. Version podalique. Enfant mort depuis vingt-quatre heures. Thrombus de l'artère pulmonaire. Mort subite de la mère. *Journal des Sages-Femmes*, 1882.
- GUÉNIOT. — Discussion sur la Césarienne dans le placenta praevia. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1920.
- HAMILL. — Placenta praevia centralis. *Amer. Jour. of obst.*, 1887.

- HENROTAY. — Hystérotomie abdominale pendant le travail en dehors des angusties pelviennes. 2^e Congrès d'Obstétrique, 1921.
- HERBINET. — Des hémorragies dans les insertions vicieuses du placenta. Thèse, Paris, 1906-07.
- HOFMEIER. — Du placenta praevia. Septième Congrès de la Société allemande de Gynécologie, 1897.
- HOUPERT. — Contribution à l'étude du traitement du placenta praevia. Thèse, Bordeaux, 1897-98.
- HOLMES. — Opération césarienne et placenta praevia. *The Journal of the Amer. Assoc.*, 1905.
- JOUEV. — D'un nouveau traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. Thèse, Paris, 1891-92.
- JUGE. — De la valeur comparative des principales méthodes de traitement de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta. Thèse, Paris, 1896-97.
- KRÖNIG. — Du traitement du placenta praevia. *Zentralblatt für Gyn.* 1908.
- LAULAIGNE. — Placenta praevia central. *Archives Médicales d'Angers*, 1903.
- LAURENTIE. — Placenta praevia central. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1920.
- LEBERT. — Contribution à l'étude de l'hémorragie liée à l'insertion vicieuse du placenta. Thèse, Nancy, 1897-98.
- LEQUEUX. — A propos de deux Césariennes faites chez des femmes atteintes de placenta praevia. *Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris*, 1920.
- LORINI. — Placenta praevia central pendant un accouchement prématuré. *Arte Ostetrica*, 1903.
- MAJOCCHI. — Sur un cas de placenta praevia central. *Arte Ostetrica*, 1901.
- MAGGIAR. — De la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur. Thèse, Paris, 1894-95.
- MARIDORT. — Contribution à l'étude historique et critique des différents traitements du placenta praevia. Thèse. Paris, 1897-98.
- MATTOLI. — Section césarienne dans le placenta praevia central. *Archiv. Italiano di ost. e gin.*, 1899.

- MONTIBERT. — La Version de Braxton-Hicks, dans le traitement du placenta praevia à la Clinique Obstétricale de Lyon. Thèse, Lyon, 1917-18.
- MONSIORKI. — Etude historique sur l'insertion vicieuse du placenta. Thèse, Paris, 1895-96.
- OLOW. — Sur le traitement du placenta praevia. *Zentralblatt für Gyn.*, 1910.
- PAJOT. — Travaux d'Obstétrique.
- PANKOW. — Bases anatomiques du traitement chirurgical du placenta praevia. *Archives mensuelles de Gynécologie et Obstétrique*, 1912.
- PAUCOT ET VANWERTS. — Placenta praevia central. Opération césarienne in-extremis. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1911.
- PILAT. — Placenta praevia centre pour centre. *Journ. des Sages-Femmes*, 1882.
- PINARD. — De la rupture spontanée des membranes, 1886.
- Leçons cliniques sur le placenta praevia. *Echo Médical*, 1888.
 - Conduite à tenir dans les cas d'insertion vicieuse du placenta. *Union Médicale*, 1890.
 - Des hémorragies causées par l'insertion vicieuse. *Bulletin Médical*. 1896.
- PLAUCHU. — Un cas de placenta praevia central. *Lyon Médical*, 1905.
- Placenta praevia central. Eclampsie. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1910.
 - Placenta praevia central chez une primipare. Opération césarienne conservatrice. In thèse de De Cougny-Préfeln.
 - Un cas de placenta praevia central. *Société d'Obstétrique de Lyon*, 1920.
- RHENTER. — Un cas de placenta praevia central. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*. 1920.
- RIBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE. — Précis d'Obstétrique.
- ROUCH. — Contribution à l'étude thérapeutique du placenta praevia. Thèse, Montpellier, 1893-94.
- STRADIOTTI. — Nouveau cas et nouvelle étude de la taille césarienne par placenta praevia. *Arte Ostetrica*, 1902.

TARNIER ET BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.

TRILLAT. — Placenta praevia central. *Société d'Obstétrique de Lyon*, 1920.

VALLOIS. — Trois cas de placenta praevia central. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1911.

VANVERTS. — Deux cas de Césarienne pour placenta praevia. *Obstétrique*, 1910.

VIVIEN. — Placenta praevia et tamponnement. Thèse, Paris, 1891-93.

VORON. — Placenta praevia central. Déchirure du segment inférieur. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1909.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Généralités. Existence du placenta prævia central. Sa définition	11
CHAPITRE II. — Fréquence	18
CHAPITRE III. — Anatomie Pathologique	21
CHAPITRE IV. — Etude clinique	24
CHAPITRE V. — Pronostic	38
CHAPITRE VI. — Diagnostic clinique	42
CHAPITRE VII. — Traitement Obstétrical	47
CHAPITRE VIII. — Opération Césarienne et placenta prævia	60
CHAPITRE IX. — Le traitement chirurgical du placenta prævia central	69
CHAPITRE X. — Observations	81
CONCLUSIONS	103
BIBLIOGRAPHIE	107

TRÉVOUX. — IMPRIMERIE J. JEANNIN
